



Universidad Autónoma de Chiapas
Instituto de Investigaciones Jurídicas

Tribunales de Tratamiento de Adicciones en el
Estado de Chiapas

Tesis

Que para obtener el grado de **Maestra en Derecho**

Presenta

Nelly Paola Rios Escobar H121113

Directora de Tesis

Dra. Corina Giacomello

Codirector de Tesis

Dr. Nimrod Mihael Champo Sánchez



Ocozocoautla de Espinosa, Chiapas; México.

2023



Ocozocoautla de Espinosa, Chiapas
29 de mayo del 2023

Lic. Nelly Paola Ríos Escobar
PRESENTE.

Por este medio y en virtud de haber reunido con satisfacción los **Votos Razonados Aprobatorios** de la Comisión Revisora para el examen de grado de la **Maestría en Derecho**, para la defensa de su tesis titulada: **"Tribunales de tratamiento de adicciones en el Estado de Chiapas"**; egresada del programa de Maestría en Derecho, con matrícula H121113 de la quinta generación del Instituto de Investigaciones Jurídicas.

De conformidad con los lineamientos establecidos en el Reglamento General de Investigación y Posgrado y demás disposiciones normativas vigentes de la Universidad Autónoma de Chiapas, se **AUTORIZA** la impresión de su trabajo de tesis, que deberá entregar atendiendo a lo siguiente:

- Cinco ejemplares para el área de titulación de la Coordinación de Investigación y Posgrado del Instituto de Investigaciones Jurídicas, las cuales serán entregadas a sus sinodales.
- Un ejemplar para la Biblioteca del Instituto de Investigaciones Jurídicas.
- Una versión DIGITAL para Biblioteca Central de la Universidad Autónoma de Chiapas.
- Una versión DIGITAL para Biblioteca para la Biblioteca del Instituto de Investigaciones Jurídicas.

Sin otro en particular, hago propicia la ocasión para expresarle las muestras de mi atenta y distinguida consideración

Atentamente

"Por la conciencia de la necesidad de servir"


Dr. Omar David Jiménez Ojeda
Director III.



C.c.p. - Dr. Arturo Sánchez López, Director de Desarrollo Bibliotecario.
C.c.p. -Dr. Manuel Gustavo Ocampo Muñoz, Coordinador de Investigación y Posgrado en el IJI-UNACH.
C.c.p. -Mtra. Georgina C. Manzur y Céspedes, Coordinadora de la Maestría en Derecho del IJI-UNACH.
C.c.p. -Expediente/Mnutario.



Código: FO-113-09-05

Revisión: 0

CARTA DE AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DE LA TESIS DE TÍTULO Y/O GRADO.

El (la) suscrito (a) Nelly Paola Rios Escobar
Autor (a) de la tesis bajo el título de "Tribunales de tratamiento de adicciones en el Estado de Chiapas
presentada y aprobada en el año 20 23 como requisito para obtener el título o grado de Maestra en Derecho",
autorizo a la Dirección del Sistema de Bibliotecas Universidad Autónoma de Chiapas (SIBI-UNACH), a que realice la difusión de la creación intelectual mencionada, con fines académicos para que contribuya a la divulgación del conocimiento científico, tecnológico y de innovación que se produce en la Universidad, mediante la visibilidad de su contenido de la siguiente manera:

- Consulta del trabajo de título o de grado a través de la Biblioteca Digital de Tesis (BIDITE) del Sistema de Bibliotecas de la Universidad Autónoma de Chiapas (SIBI-UNACH) que incluye tesis de pregrado de todos los programas educativos de la Universidad, así como de los posgrados no registrados ni reconocidos en el Programa Nacional de Posgrados de Calidad del CONACYT.
- En el caso de tratarse de tesis de maestría y/o doctorado de programas educativos que sí se encuentren registrados y reconocidos en el Programa Nacional de Posgrados de Calidad (PNPC) del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT), podrán consultarse en el Repositorio Institucional de la Universidad Autónoma de Chiapas (RIUNACH).

Tuxtla Gutiérrez, Chiapas; a los 12 días del mes de Junio del año 20 23.

Nelly Paola Rios Escobar

Nombre y firma del Tesista o Tesistas

AGRADECIMIENTOS

Hay quienes dicen que el proceso de investigación es un camino solitario, en el que estas tú, tú cerebro, tú estrés, una hoja en blanco y un montón de información recopilada de grandes autores que tienes que analizar. Pero desde mi punto de vista, una tesis también se escribe gracias al apoyo, al ánimo, a las asesorías y consejos de varias personas.

Agradezco principalmente a la Dra. Corina Giacomello por haberme brindado su apoyo y acompañamiento en la construcción de esta tesis de grado, gracias a su orientación y conocimiento esto fue posible. Asimismo, doy las gracias al Dr. Nimrod Mihael Champo Sánchez, por las observaciones y correcciones oportunas que hizo en cuanto a la estructura de forma de este trabajo, y a todos los Doctores y Doctoras del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la Unach, que se tomaron el tiempo para leer esta investigación.

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyt), gracias por financiar mis estudios de maestría y permitir que pudiera contribuir a la creación de este trabajo de investigación.

Agradezco infinitamente a mis padres Carlos Hugo Ríos Galvez y Nérida Escobar Ramos por su amor, apoyo y comprensión, por sembrar en mí la curiosidad de seguir aprendiendo y preparándome cada día. A mi tía Dora Celina Ortega Douriet y Enrique Orozco Gonzalez, por estar pendiente de mí y por animarme en cada momento.

A todos mis amigos (Emi, Yaz, Melchor, Tania, Fiama y Jarim) que han estado en los momentos más difíciles de mi vida y que a través de sus palabras, consejos y bromas han hecho el camino un poco más ligero.

Por último, a Enrique Orozco Ortega, no hay palabras suficientes para expresar el agradecimiento, cariño y amor que me brindaste durante mucho tiempo, gracias por haberme impulsado a alcanzar cada uno de mis sueños, por ser mi bina favorita, mi tablita salvavidas en múltiples ocasiones pero sobre todo por haber compartido conmigo todos tus sueños y proyectos. Estoy segura que, aunque físicamente no estes, se que me estas escuchando y viendo. Así que, quiero que sepas que esta tesis también es tuya.

INTRODUCCIÓN	6
---------------------	----------

CAPÍTULO I

POLÍTICAS DE DROGAS Y CRIMINALIZACIÓN

1.1. Políticas de drogas	11
1.2. Conceptos básicos: Consumo, abuso y dependencia de sustancias psicoactivas.	19
1.2.1. Concepto de uso o consumo de sustancias psicoactivas	19
1.2.2. Concepto de abuso vs dependencia de sustancias psicoactivas	22
1.2.3. Conceptos básicos en relación con el marco jurídico mexicano	25
1.3. Antecedentes internacionales sobre el sistema de fiscalización de drogas	26
1.3.1. Evolución histórica del sistema de fiscalización de drogas en México	34
1.4. Efectos de las políticas de drogas en cifras y situación actual	42
1.4.1. Datos de consumo en las Américas y en México	42
1.4.1.1 Datos de consumo de drogas en México	46
1.4.2. Criminalización y encarcelamiento en cifras	48
1.4.3. Situación actual de las políticas de drogas	50

CAPÍTULO II

CORTES DE DROGAS EN EL SISTEMA PENAL MEXICANO

2.1. Antecedentes Internacionales del modelo de Cortes de Drogas	54
2.1.1. Estados Unidos de América	58
2.1.2. Tribunales de Tratamiento de Drogas en América Latina	62
2.1.2.1. Tribunales de Tratamiento de Drogas en Chile	68
2.2. Tribunales de Tratamiento de Adicciones en México	73
2.2.1. Aplicación del programa TTA en el sistema penal	79

2.2.2. Funciones de las autoridades en los TTA	85
2.3. Criticas de los TTA en México	87

CAPÍTULO III

PROGRAMA DE JUSTICIA TERAPÉUTICA PARA PERSONAS CON USO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN EL ESTADO DE CHIAPAS

3.1. Implementación del Programa de JT en el Estado de Chiapas	94
3.2 Estructura y funcionamiento local del PJT	99
3.2. Panorama de aplicación del PJT en cifras	109
3.4. Estudio empírico del PJT y tratamientos del CENTRA.	123

CONCLUSIONES	132
---------------------	-----

BIBLIOGRAFÍA	138
---------------------	-----

ANEXOS

Anexo 1	145
Anexo 2	149
Anexo 3	153
Anexo 4	179
Anexo 5	195
Anexo 6	207

INTRODUCCIÓN

El Programa de Justicia Terapéutica o Tribunales de Tratamiento de Adicciones (TTA) son mecanismos alternativos de solución de conflictos o “alternativas de tratamiento al encarcelamiento para dependientes con conflicto con la ley”. Este modelo fue adoptado como parte de una política de drogas enfocada en la reducción de riesgos y daños, y también como política criminal orientada en atender los problemas de inseguridad, violencia, criminalidad, incidencia y reincidencia delictiva asociada a la dependencia y uso problemático del consumo de sustancias psicoactivas. Por lo que, con la implementación del modelo de Justicia Terapéutica en el sistema penal mexicano se busca disminuir conductas ilícitas derivado de las drogas, extenuar la sobre-población de los centros penitenciarios, y la reinserción del usuario a la sociedad desde una manera más humana.

El modelo tiene sus raíces en Estados Unidos, y surgió aproximadamente entre la década de los ochenta y a principios de los noventa. En los últimos años se ha expandido en varios países del mundo como Canadá, Reino Unido, Irlanda, Escocia, Bélgica, Nueva Zelanda y en América Latina (Argentina, Chile, Colombia, Costa Rica y Panamá). La Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) es el principal organismo a nivel interamericano que se encarga de impulsar la expansión del modelo como una estrategia hemisférica y plan de acción para reducción la demanda de drogas.

En México, con la reforma constitucional en materia de seguridad pública y justicia penal de 2008, se reformaron y adicionaron diversos artículos de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, dando pie a la homologación del sistema penal (oral y acusatorio) y trayendo como consecuencia la creación de nuevos ordenamientos jurídicos y figuras procesales antes no previstas como los mecanismos alternos de solución de controversias y las formas anticipadas del proceso (artículo 183 y 184 del Código Nacional de Procedimientos Penales).

Es precisamente en estos ordenamientos donde el Programa de Justicia Terapéutica encuentra su fundamento legal. Oficialmente a nivel nacional opera bajo la figura de Suspensión Condicional del Proceso prevista en los artículos del 191 al 200 del Código Nacional de Procedimientos Penales o en ejecución de sentencia, no obstante, después

de la publicación de la Guía Metodológica del Modelo Mexicano del Programa de Justicia Terapéutica para personas con consumo de sustancias psicoactiva en 2016, dejó abierta la posibilidad para que los Estados puedan adaptar y aplicar el modelo a otras figuras penales como los criterios de oportunidad y el procedimiento abreviado.

De acuerdo con la Comisión Interamericana para el Control de Abuso de Drogas (CICAD, 2018) son diez las entidades federativas que han implementado los Programas de JT o de TTA entre ellos: Nuevo León, Morelos, Estado de México, Durango, Chihuahua, Chiapas, Baja California, Quintana Roo, Tlaxcala y San Luis Potosí. Todos ellos funcionan bajo tres componentes: jurídico, sanitario y de reinserción social.

Actualmente, existen diversas críticas en contra de los Programas de Justicia Terapéutica o de los TTA, principalmente porque nacieron desde una visión punitiva de seguridad pública provocando que durante su aplicación y desarrollo dentro del sistema penal se vulneran derechos humanos y criminalicen a personas consumidoras. El abordar un problema de salud como es el consumo de sustancias psicoactivas a través de figuras y mecanismos del derecho penal es de por sí problemático, pues contraviene el derecho a la salud. Esto se agudiza en el caso de México donde los servicios de tratamientos públicos son escasos y prevalecen instituciones privadas y religiosas que muchas veces carecen de conocimiento sobre dependencia de sustancias psicoactivas, tratamiento y estándares médicos, trayendo como consecuencia abusos y violaciones a derechos humanos. Cabe preguntarse si una supuesta política de salud pública es sustentable cuando i) opera en un vacío desde el punto de vista de control de la demanda de drogas y ii) bajo un esquema de criminalización.

Bajo esta perspectiva, el presente trabajo de investigación se sitúa en el análisis sobre el funcionamiento y aplicación del Programa de Justicia Terapéutica en la Ciudad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, con la finalidad de conocer y analizar si con su implementación como “condición” y medida alterna de solución de conflicto en el proceso penal realmente logra cumplir con los objetivos propuestos del modelo a nivel nacional que son disminuir conductas ilícitas bajo el influjo de sustancias psicoactivas, extenuar la sobre-población de los centros penitenciarios, y la reinserción del usuario a la sociedad o por el contrario han incrementado la tasa de detenciones a consumidores sin distinción alguna y de

dependientes. Reproduciendo la criminalización por consumo, la estigmatización de personas usuarias dependientes, y la vulneración de derechos humanos. Por lo que, es necesario analizar los aspectos negativos y/o fallas que se han manifestado en la esfera procesal a partir de la implementación de los Programas de Justicia Terapéutica.

La evaluación de estos aspectos es un punto importante en la investigación. Por ello, la metodología aplicada en el presente trabajo fue con un enfoque mixto, preponderantemente cualitativo bajo un diseño interpretativo y sistemático de la información con el objetivo de percibir a través de una serie de datos las fallas dentro del desarrollo del PJT. En primer lugar, se recopiló y se llevó a cabo una amplia revisión de la literatura concerniente a las políticas de drogas implementadas a nivel internacional y nacional, analizando su evolución y consecuencias específicamente en el control y regulación de la demanda de drogas, puesto que el modelo de tratamiento y rehabilitación dirigido a consumidores dependientes se desprende de una política de riesgo y daños. En segundo lugar, se analizó las diversas fuentes que integran el marco normativo legal de los Programas de Justicia Terapéutica a nivel nacional con la finalidad de asentar los parámetros y lineamientos de su naturaleza jurídica, y, conocer su estructura y operación e identificando las fallas que presentan el modelo. Y, por último, se procedió a realizar un estudio de campo sobre los PJT implementados en la Ciudad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, a través de la recopilación y sistematización de información solicitada a la Unidad de Transparencia de la Fiscalía General del Estado de Chiapas, sobre el número de personas remitidas a las oficinas del Centro Especializado para la Prevención y Tratamiento de las Adicciones (CENTRA) en aplicación de un Criterio de Oportunidad y/o Suspensión Condicional del Proceso, entre otros datos. Así mismo, se realizaron entrevistas semiestructuradas al personal directivo encargado de brindar tratamiento y a beneficiarios del programa que se encontraban en tratamiento ambulatorio y residencial con el Centro Especializado para la Prevención y Tratamiento de las Adicciones (CENTRA) en las Ciudades de Tuxtla Gutiérrez y Tapachula, Chiapas. El análisis de los resultados se empleó para determinar las fallas encontradas en la actuación, organización y funcionamiento de los PJT implementados en el estado.

De esta manera que, la estructura de la tesis está conformada por tres capítulos. En el primer capítulo se aborda el concepto de política de drogas, se explica el marco

conceptual sobre el concepto y término de políticas de drogas, su implementación y las diferentes vertientes de su adopción, prosiguiendo con la definición del concepto de drogas y los diferentes tipos de consumo que marca la norma a nivel nacional e internacional, estos conceptos sirven como base para entender el desarrollo histórico y situación actual de la política de droga que impera en México, sus antecedentes y evolución. De igual manera, se describen los efectos positivos y negativos su implementación, se exponen los datos de consumo en América Latina y en México y la tasa de criminalidad y encarcelamiento de personas usuarias de drogas.

En el segundo capítulo se presenta el componente teórico de los Programas de Justicia Terapéutica o TTA. Se describen los antecedentes históricos del modelo de Tribunales de Tratamiento de Adicciones a nivel internacional y nacional, se explica de manera detalla su concepto, objetivos, componente, funcionamiento y aplicación dentro del sistema penal, se acentúa el contexto legal de aplicación y el rol de las autoridades que participan en el desarrollo del modelo. Para finalizar este capítulo, se mencionaron algunas desventajas y críticas de implementar estos programas desde un enfoque penal y no de salud y las repercusiones que se presentan las personas consumidoras.

Para finalizar, en el tercer capítulo se encuentra la presentación del estudio de campo a los Programas de Justicia Terapéutica que desarrolla la Coordinación General del Centro Especializado para Prevención y Tratamiento de Adicciones (CENTRA) en la Ciudad de Tuxtla Gutiérrez, y en la Clínica CENTRA de Tapachula, Chiapas. Se expone de manera general su adopción e implementación en el sistema penal. Se describe de manera detalla su aplicación y funcionamiento dentro de las dos figuras penales en las cuales se desarrolla el programa “Suspensión Condicional del Proceso y Criterios de Oportunidad”. Se reconoce las necesidades que requieren ser subsanas para la adecuada ejecución. Así mismo, mediante el apoyo de técnicas de investigación de análisis de datos se da a conocer estadísticas acerca del número de delitos remitos a los PJT, el número personas sometidas a los programas de TTA, de personas no admitidas, de graduados, suspensiones, expulsiones y reincidentes. Las solicitudes de acceso a la información contribuyeron a robustecer la investigación mismos que fueron contrastados al realizar entrevistas a los directivos del plantel del CENTRA y a los beneficiarios del programa que se encontraban llevando tratamiento ambulatorio y residencial

encontrándose datos interesantes en la aplicación del programa bajo la figura de criterios de oportunidad.

Es así como este trabajo de investigación pretende evaluar el Programa de Justicia Terapéutica en el Estado, dando a conocer las deficiencias que presentan en cuanto su implementación y aplicación, y los efectos negativos que se están presentando como es la criminalización de consumidores de sustancias.

CAPÍTULO I

POLÍTICAS DE DROGAS Y CRIMINALIZACIÓN

En el presente capítulo se expone el concepto general de Política de Drogas a nivel internacional y nacional, así como su uso y evolución. Se describen los principales conceptos de consumo de sustancias psicoactivas, lo cual es fundamental para diferenciar los diferentes tipos de consumidores, ya que las políticas de drogas no identifican o establecen plenamente estos términos. Posteriormente, se realiza un recorrido histórico en torno a las políticas de drogas, partiendo de un ámbito global y finalizando con las reformas e iniciativas que ha adoptado México. Por último, se exponen las principales cifras en torno al consumo de drogas en México, así como los delitos relacionados con drogas.

1.1. Políticas de drogas

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la política de drogas desde dos ámbitos: en relación a la regulación de sustancias psicoactivas, y desde el contexto de Medicamentos Esenciales; para propósitos del presente estudio sólo se hace referencia a la primera definición.

Política en materia de drogas:

“(1) Es el conjunto de políticas diseñadas para influir en la oferta y la demanda de drogas ilegales, a escala local o nacional, que comprenden programas de educación, tratamiento, control y otros programas y políticas. En este sentido, la política en materia de drogas no incluye la política farmacéutica (excepto en lo que se refiere al desvío al uso no médico) ni tampoco la política sobre alcohol y tabaco.”¹

¹ Conjunto de medidas diseñadas para controlar la oferta y/o influir en la demanda de bebidas alcohólicas en una población (normalmente nacional), que incluyen programas de educación y tratamiento, medidas para el control del alcohol, estrategias para la reducción de daños, etc. El término, que implica la necesidad de coordinar los esfuerzos gubernamentales desde la perspectiva de salud pública y/o el orden público, nació en los países escandinavos y se ha extendido de forma generalizada desde la década de 1960.

La definición de política de drogas antes descrita, es el concepto más utilizado en las discusiones actuales sobre políticas de drogas y en los informes y declaraciones de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) y de la Organización de los Estados Americanos (OEA). La cual busca destacar las consecuencias y repercusiones que causan las drogas ilegales y sus mercados en la sociedad. Así como, la necesidad de establecer políticas efectivas que ayuden aminorar los problemas que surgen debido a las drogas, a través de medidas basadas en el control, educación, programas de tratamiento, vigilancia, incremento en las penas por delitos relacionado con las mismas, etc.

La Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) establece que *“siempre que se utiliza la palabra “droga” en el Informe Mundial sobre las Drogas (2017) debe entenderse que se trata de una sustancia fiscalizada de conformidad con los tratados de fiscalización internacional de drogas”*.²

En sentido, la Organización Mundial de la Salud define al término droga como:

Término de uso variado. En medicina se refiere a toda sustancia con potencial para prevenir o curar una enfermedad o aumentar la salud física o mental y en farmacología como toda sustancia química que modifica los procesos fisiológicos y bioquímicos de los tejidos o los organismos. De ahí que una droga sea una sustancia que está o pueda estar incluida en la Farmacopea. En el lenguaje coloquial, el término suele referirse concretamente a las sustancias psicoactivas³ y, a menudo, de forma aún más concreta a las drogas ilegales. Las teorías

² Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), Informe Mundial sobre las Drogas, 2017, https://www.unodc.org/wdr2017/field/WDR_Booklet1_Exsum_Spanish.pdf, p.7. Dicho contexto de fiscalización internacional hace referencia al término “droga”, de acuerdo con las sustancias que establece las listas I y II de la Convención de 1961. Al respecto, la convención clasifica en cuatro listas los estupefacientes y sus derivados en relación al grado de dependencia que puede generar, el riesgo de uso indebido y la utilidad terapéutica. Sólo se hará referencia a la lista I y II. La primera contempla todas las “sustancias que son altamente adictivas y susceptibles de uso indebido, o que pueden transformarse en sustancias que sean igualmente adictivas y susceptibles de uso indebido” entre ellas se encuentra el cannabis, la heroína, metadona y opio; y, la segunda lista contempla todas las “sustancias que son menos adictivas pero susceptible de uso indebido que las de la lista I”, por ejemplo, la codeína y sus derivados.

³ De acuerdo al glosario de términos de la Organización Mundial de la Salud. Sustancia o droga psicoactiva. Es la sustancia que, cuando se ingiere, afecta a los procesos mentales, p. ej., a la cognición o la afectividad. Este término y su equivalente, sustancia **psicotrópica**, son las expresiones más neutras y descriptivas para referirse a todo el grupo de sustancias, legales e ilegales, de interés para la **política**

profesionales (p. ej., “alcohol y otras drogas”) intentan normalmente demostrar que la cafeína, el tabaco, el alcohol y otras sustancias utilizadas a menudo con fines no médicos son también drogas en el sentido de que se toman, al menos en parte, por sus efectos psicoactivos (OMS, 1994: 33).

La Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC), usa la palabra droga para referirse al número de sustancias que *“generan alteraciones en las funciones físicas y mentales de la persona una vez introducidas en el organismo, que inducen a la autoadministración, por los efectos que producen, y su uso o consumo son para fines no terapéuticos”*. Cabe mencionar que el alcohol y el tabaco son dos sustancias que no están incluidas en la regulación de las políticas en materia de drogas, aunque *“tienen propiedades adictivas y son las que provocan mayores daños a la salud individual y pública en prácticamente todo el mundo”*.⁴

La supresión de los conceptos “alcohol y tabaco” en los debates y en la construcción de políticas en materia de drogas a nivel internacional y nacional, ha contribuido de cierta forma a que la población normalice el consumo de estas dos sustancias como poco dañinas a diferencia de otras drogas. Cuando la realidad -según datos de la OMS- es que: *“cada año se producen tres millones de muertes en el mundo debido al consumo nocivo de alcohol, lo que representa un 5,3% de todas las defunciones” “[...] provoca defunción y discapacidad a una edad relativamente temprana... entre los 20 y 39 años, un 13,5% de las defunciones son atribuibles al consumo de alcohol”*.⁵

en materia de drogas. “Psicoactivo” no implica necesariamente que produzca dependencia sin embargo en el lenguaje corriente, esta característica está implícita, en las expresiones “consumo de drogas” o “abuso de sustancias”.

⁴ Comisión Nacional contra Las Adicciones (CONADIC), Secretaría de Salud, Hablemos sobre Alcohol, Tabaco y otras drogas, https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/566256/Gu_a_Padres_Hablemos_2019.pdf.

⁵ Giacomello Corina, “Niñez que cuenta: el impacto de las políticas de drogas sobre niñas, niños y adolescentes con madres y padres encarcelados en América Latina y el Caribe”, Argentina, CWS.Ofina Regional para América Latina y el Caribe, 2019, <http://www.cwslac.org/nnapes-pdd/es>, p.24. o en Organización Mundial de la Salud, “Alcohol, datos y cifras”, 2018, <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>.

Igualmente, *“El tabaco mata cada año a más de 8 millones de personas, de las que más de 7 millones son consumidores del producto y alrededor de 1,2 millones son no fumadores expuestos al humo de tabaco ajeno”*.⁶

Por el contrario, las Oficinas de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito señala que el porcentaje de decesos por causa de consumo de drogas psicoactivas en 2015, fue de aproximadamente 450,000 personas, de esas muertes, 167,750 fueron ocasionadas por el aumento excesivo de las cantidades de drogas (sobredosis), y las 282,250 muertes restantes se atribuyen a las enfermedades que pueden contraer los consumidores como consecuencia del uso problemático: como el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), hepatitis C y tuberculosis.⁷

En 2017 la directora general de la OMS, Margaret Chan durante su intervención ante la Comisión de Narcóticos (CND, por sus siglas en inglés) de la ONU, en Viena, comunicó que *“el consumo de drogas es responsable de alrededor de medio millón de muertes cada año. Pero esta cifra sólo representa una pequeña parte del daño causado por el problema mundial de las drogas”*.

De acuerdo con la revista médica *The Lancet* (Nutt et al., 2010), el alcohol es la droga que más efectos negativos tiene, si se toma en cuenta los daños que causa a la sociedad como al usuario, seguida de la heroína, el crack, metanfetamina, cocaína, el tabaco, entre otras.⁸ Por su parte, el informe sobre riesgos para la salud global en 2009 concluyó que la carga global que representan las enfermedades, el 12,6% de las muertes y el 9% de años de vida ajustados por discapacidad (DALY, por sus sigla en inglés) eran debido al abuso de sustancias, donde 10,2% de las muertes eran atribuibles al uso del tabaco, 6,7% al alcohol y el 2,1% a las drogas ilegales.⁹ Cabe mencionar que hasta la fecha, el consumo de tabaco y de alcohol representan dos de los factores de riesgos principales

⁶ Ídem., o en Organización Mundial de la Salud, “Tabaco, datos y cifras”, 2018, <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>.

⁷ Oficina de las Naciones Unidas contra la droga y el delito, Informe Mundial sobre las drogas, 2018, https://www.unodc.org/wdr2018/prelaunch/WDR18_ExSum_Spanish.pdf, p. 1.

⁸ Giacomello Corina, “Niñez que cuenta: el impacto de las políticas de drogas sobre niñas, niños y adolescentes con madres y padres encarcelados en América Latina y el Caribe”, *Op Cit.*, p. 25. O en https://www.bbc.com/mundo/noticias/2010/11/101101_alcohol_drogas_men.

⁹ Eriksson, Charli, “The importance of prevention: An introduction” en Future of drug policy, real solutions founded in global evidence, México, Drug policy futures, 2015, p.12, o en: https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks_report_full.pdf, pp. 21-24.

de enfermedades no transmisibles por los daños que causa a sociedad y al organismo. De tal forma que, la pregunta radica en saber ¿por qué la política de drogas no contempla a estas dos sustancias –sobre todo al alcohol- en su regulación si causan igual o más daño que el consumo de cualquier otra sustancia? Al contemplarse estas dos sustancias dentro de las políticas de control de drogas a nivel internacional no se busca categorizar o criminalizar el uso de ellas, sino buscar mejores estrategias y acciones que ayuden a regular su consumo, y sobre todo ir borrando en la cultura de que el consumo de alcohol no genera tanto daño como el uso de otras drogas.

En conclusión, la política en materia de drogas debe entenderse como aquellas actividades, acciones de trabajo o programas gubernamentales que un país implementa con la finalidad de regular la oferta y la demanda de drogas ilegales, así como el desvío de medicamentos para uso no médico. Actualmente, las acciones y estrategias acordadas internacionalmente en materia de drogas giran en torno al control de la oferta y la demanda, y se rigen bajo tres tratados internacionales: 1) la Convención Única sobre Estupefacientes de 1961, enmendada por el Protocolo de 1972; 2) el Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas (1971) y 3) la Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas (1988).¹⁰

Todas estas Convenciones en materia de drogas, aunque fomentan un discurso de salud (de garantizar el acceso de medicamentos y de prevención al uso dependientes de drogas con el objetivo de eliminar o reducir el consumo), en la práctica e implementación la realidad refleja más la represión que la prevención.

Esto se observa en las acciones que proponen los Estados en cuanto al control de la oferta, pues se emplea principalmente, la erradicación de sembradíos ilegales, el decomiso de drogas (cannabis, cocaína, opio, heroína, LSD, etc) y, la imposición de penas privativas de la libertad a quien cometa alguna actividad ilegal en relación a las

¹⁰ La Convención Única de 1961 tenía como propósito crear un sistema de fiscalización unificado y universal en cuanto a la producción, oferta y demanda de sustancias psicoactivas en el mundo sobretodo de la hoja de coca, el opio y el cannabis. El nuevo Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971, buscaba dar respuesta a la diversificación del consumo de drogas con el fin de regular las nuevas sustancias psicoactivas que comenzaron a parecer por los años sesenta como el barbitúrico, anfetaminas, drogas psicodélicas y los benzodiazepinas. Y, la Convención de 1988, propuso la adopción de medidas más represivas en vista al incremento de la demanda de sustancias con fines no terapéuticos, trayendo como consecuencia la creación de mercados ilícitos para abastecer el mercado.

drogas (tráfico de sustancias) como medio para eliminar y reducir no sólo el cultivo, la fabricación, la distribución y la venta de sustancias, sino también influir en la reducción de la demanda (el consumo).

La reducción de la demanda consiste, por una parte, en la prevención, es decir: en el fortalecimiento del sector salud y educativo en materia de uso problemático de sustancias psicoactivas, usualmente las estrategias empleadas son la capacitación del personal y de la ciudadanía; y, por otro lado, en brindar atención y tratamiento a las personas que lo soliciten. Ambos conjuntos de acciones tienen como objetivo final el reducir y eliminar el consumo basado en la abstinencia como único resultado aceptable, por lo que, el diseño de estrategias informativas y de comportamiento están destinadas a conseguir ese objetivo.

No obstante, a finales de la década de los ochenta se introdujo una nueva estrategia en el campo de las políticas de drogas, en específico en la reducción y control de la demanda, denominado “reducción de riesgos y daños”. Estos programas de intervención plantean “la abstinencia como una opción más no como una condición”, es decir, “aceptan que muchas personas que utilizan drogas son incapaces o no desean terminar con el problema de dependencia”, de tal forma que ayudan a los consumidores a continuar con su uso de una manera segura (no proporcionan o venden drogas a los usuarios), aceptan que algunas personas que usan drogas no necesitan tratamiento, de manera que estos programas o prácticas están dirigidos principalmente a disminuir los riesgos y daños asociados al consumo, como la transmisión de enfermedades vías intravenosas (VIH, hepatitis) y prevenir sobredosis. La reducción de riesgos, al igual que el anterior, está asociado con los consumidores ya sea habituales dependientes como no dependientes, pero la diferencia entre uno y otro, es que este tiene un carácter preventivo e informativo.

Entre las estrategias de intervención para la reducción de riesgos y daños encontramos:¹¹

¹¹ Harm Reduction International, Derechos humanos y política de drogas. Reducción de daños, reporte informativo 1, Open Society Institute Public Health Program, https://www.hri.global/files/2011/06/14/IHRA_BriefingSpanish_1.pdf, p.1.

- Las campañas de información preventiva.
- Los programas de intercambio de jeringas.
- La prescripción de medicamentos sustitutos (por ejemplo, los programas de mantenimiento con metadona).
- Las salas o cuartos de consumo.
- Programas educativos entre pares.
- Prevención de sobredosis.
- Intervenciones de rutas transitorias.

Existe una discusión entre naciones sobre la efectividad de los programas de reducción de riesgos y daños, por un lado, están quienes alegan por continuar con el status quo en materia de fiscalización de drogas como: China, Irán, Arabia Saudita, Malasia, Filipinas, entre otros; y, por el otra parte, los que apoyan que el uso de drogas debe de ser abordado desde una perspectiva de los derechos humanos. Sin embargo, los fondos económicos destinados a estos programas son insuficientes, pues impera todavía el mensaje a nivel internacional de “No” a la droga, de tal forma que, el combate hacia enfermedades contraídas por el uso de sustancias psicoactivas no ha sido del todo eficientes.

Desde otro punto de vista, hay quienes ven la reducción de riesgos y daños como una tercera política pública en materia de drogas, cuyo objetivo principal es la defensa del derecho a la salud pública. A medida en que se incorporó y expandió en el sector de salud, pasó a tener una visión más clínica-política enfocada en la construcción de redes de soporte social y acciones territoriales, con el fin de rehabilitar y reinsertar al usuario a la sociedad.¹²

Paralelamente, a medida en que se ha ido expandiendo el concepto de reducción de daños, la inclusión en el ámbito jurídico se ha ido enraizando. Según Gemma Calvet en

¹² Morales Maristela, Montenegro Marisela, *et. al.*, “Los retos de la reducción de daños como política pública de drogas en Brasil”, *en* Recorrido histórico de las políticas de reducción de daños, Brasil, pisco.pesq. vol. 9, no. 2, 2015, http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1982-12472015000200005.

su artículo “El paradigma de la reducción de riesgos: hacia una nueva política de drogas” (2002), señala que, “el estado al adoptar medidas con un mínimo acento represivo y con la aplicación de medidas alternas al encarcelamiento a consumidores son coherentes con la reducción de daños”.

“La asunción de los recursos socio-terapéuticos como medidas con significación punitiva, en sustitución de la pena privativa de libertad han permitido que, si se realiza una buena labor jurídica por parte de los operadores, se evite el ingreso en prisión del penado drogodependiente.

Las medidas de seguridad de tratamiento en internamiento o ambulatorio pueden constituir la sanción penal, independientemente del carácter reincidente del penado o de la duración de la condena. Estos dispositivos, si se aplicarán de forma más extendida, así como los instrumentos jurídicos penitenciarios que existen en nuestra legalidad vigente (Reglamento Penitenciario de 1996) que permiten el cumplimiento de penas de prisión en régimen sustitutivo en centro terapéutico o en modalidades de semi-libertad, permitirían que la reducción de daños se extendiese también al ámbito jurídico”.¹³

La autora resalta la importancia de incluir en el sistema penal estrategias “menos represivas” para consumidores como el tratamiento, sin embargo, el discurso sigue orientado a la prohibición, represión y abstinencia del uso de sustancias psicoactivas. Al proponer el tratamiento como sustituto de la prisión se olvidan de dos factores importantes: el primero es la disposición y voluntad de la persona de querer dejar de consumir drogas, se da por hecho que al “tratar” al sujeto se reinserta a la sociedad de una forma adecuada.

Lo anterior es reflejo de lo que hoy conocemos como programas de tratamiento de drogas bajo supervisión judicial. Pese a las críticas y estudios que giran en torno a estos programas -los cuales se explicarán en el segundo capítulo- a nivel internacional se ha acentuado y promocionado como parte de las políticas de drogas.

¹³ Cuaderno del Instituto Vasco de Criminología, en Calvet Barot, Gemma, “El paradigma de la reducción de riesgos: hacia una nueva política sobre drogas”, Instituto Vasco de Criminología, España, 2002, p.99.

El segundo elemento que se omite cuando se habla de tratamiento como alternativa a la pena es que “no todo consumidor es dependiente ni necesita tratamiento”. Existen diferentes tipos de consumo como el uso experimental, ocasional o habitual, los cuales no implican una dependencia de sustancias, sin embargo las diferencias son poco visibles para las autoridades al detener a una persona bajo los efectos de alguna droga o estupefaciente ocasionando que sean catalogados de manera general como consumidores con problemas de dependencia, sin tomar en cuenta las características de cada tipo de consumo (frecuencia) y el tipo de sustancias, por esta razón en el siguiente apartado se define y se explica la diferencia de entre consumo, abuso y dependencia de sustancias.

1.2. Conceptos básicos: Consumo, abuso y dependencia de sustancias psicoactivas

Actualmente la Organización Mundial de la Salud define el consumo, abuso y dependencia de sustancias psicoactivas como conceptos totalmente diferentes, pero con una estrecha relación, la cual hace que en la práctica y aplicación de políticas de drogas estos conceptos se transformen y suelen utilizarse como uno solo. Partiendo de este punto se explica en primer término el concepto de uso y consumo de drogas.

1.2.1. Uso o Consumo de sustancias psicoactivas

De acuerdo al glosario de términos de alcohol y drogas de la Organización Mundial de la Salud, el concepto “consumo” tiene doce denotaciones dependiendo de la frecuencia y cantidad de la sustancia.¹⁴

En términos generales, consumo es: “la autoadministración de una sustancia psicoactiva”.¹⁵ Para fines de este estudio se retomarán seis conceptos de la OMS, ya que son necesarios para distinguir cuando un consumo social controlado pasa a ser excesivo, perjudicial, riesgoso o en extremo problemático.

¹⁴ Glosario de la Organización Mundial de la Salud, p. 25, 26 y 27. Término consumo, tiene doce denotaciones que se relacionan una contra, por lo que podemos hablar de Consumo abusivo, moderado, controlado de alcohol, controlado de drogas, de alcohol como evasión, de riesgo, excesivo, experimental, inveterado, perjudicial, problemático, social.

¹⁵ Glosario de la Organización Mundial de la Salud, p. 25, 26 y 27.

- Consumo experimental es aquel que nace de la curiosidad del sujeto a cierta droga y de los efectos que pueden provocar en él o en ella. Son las primeras veces que se consume una droga determinada.
- Consumo social. El sujeto consume en compañía de otras personas y sólo por motivos y formas socialmente aceptables. No necesariamente implica un consumo moderado.
- Consumo controlado o moderado. Es la ingesta de sustancias sin caer en la intoxicación. Es un uso regular y no compulsivo de la sustancia que no afecta a la función cotidiana.
- Consumo abusivo. Es el uso que excede un estándar de consumo moderado o consumo social, es decir supera la cantidad de la sustancia por ocasión (cinco bebidas en una ocasión, al menos una vez a la semana) o por volumen diario determinado (por ejemplo, tres bebidas al día) normalmente incluye consecuencias sociales como accidentes automovilísticos o lesiones. Este concepto es equivalente al término consumo excesivo, no obstante, la OMS desaconseja su uso.
- Consumo de riesgo. Se habla de un consumo perjudicial a la salud. Los daños pueden ser físicos (contagio de enfermedades como hepatitis por inyección de sustancias psicoactivas) o mentales (episodios depresivos secundarios a la ingestión) y en algunas ocasiones se toman en cuenta las consecuencias sociales adversas del abuso de sustancias.
- Consumo problemático. Patrón de consumo que provoca problemas, ya sea individuales o colectivos, de salud o sociales. Usualmente se usa este término para referirse a problemas relacionados con drogas.

A su vez, se clasifican en cuatro tipos de consumidores: experimental, ocasional, habitual y dependiente.

González Zorrilla distingue tres tipos de consumidores: el consumidor ocasional, el consumidor habitual no drogodependiente y el drogodependiente,¹⁶ hoy conocido como farmacodependiente o persona con problema de abuso de sustancias psicoactivas.

El Consumidor ocasional se define como:

*“Un individuo que hace su experiencia con la droga de modo irregular y en circunstancias de excepción”, “tiene posibilidades de interrumpir la ingestión sin consecuencias” y “mantiene una buena relación con la realidad circundante”.*¹⁷

Es decir, es toda persona que usa drogas de forma esporádica, en reuniones familiares, entre amigos, por trabajo o por antojo, pero no presenta ningún síntoma de dependencia.

El consumidor habitual no dependiente es aquel que:

“Utiliza el fármaco regularmente, pero sin ser esclavo del mismo”, “el sujeto siente la necesidad de ingerir la droga para sentirse mejor o por el contrario para no sentirse peor.”

A diferencia del consumidor ocasional, la ingesta de sustancias es más frecuente, porque la persona siente la necesidad de consumir para “pasarla bien” o como evasión a un problema personal, pero al igual que el anterior, la sustancia no representa en su vida diaria una necesidad primaria.

Y, por último, el sujeto toxicómano o drogodependiente (consumidor frecuente problemático) de acuerdo al autor es:

*“Cuya vida emotiva y practica está completamente dominada por la necesidad del fármaco y de sus efectos”, “sufre desesperada necesidad de ingerir la sustancia y de procurársela a cualquier precio y experimenta un enorme debilitamiento de todos lo demás intereses y ligámenes con la realidad de los otros”*¹⁸.

¹⁶ Muñoz, Sánchez Juan, *et al.*, *Op. Cít.*, p. 21.

¹⁷ *ibidem*

¹⁸ Muñoz, Sánchez Juan, *et al.*, Nota 6, *Op. Cít.*, p. 21.

En otras palabras, el consumidor dependiente presenta un consumo compulsivo de la sustancia que afecta sus funciones o actividades cotidianas por la imperiosa necesidad de consumir; la falta de esta puede ocasionarle trastornos físicos o psicológicos (síntomas de abstinencia). Esta última categoría se caracteriza por el aumento de dosis o por la combinación de otra droga. La persona pasa del exceso a la dependencia.

En este contexto, y de acuerdo a los conceptos previamente descritos se hace la siguiente categorización: tipo de consumidor en relación al tipo de consumo.

Consumidor Experimental	Consumidor Ocasional	Consumidor Habitual	Consumidor Dependiente
Consumo experimental	Consumo social	Consumo social	Consumo problemático
		Consumo de alcohol como evasión* ¹⁹	Consumo de riesgo y perjudicial
	Consumo controlado o moderado	Consumo controlado o moderado	Consumo abusivo o excesivo.
	Consumo abusivo	Consumo abusivo o excesivo	
		Consumo perjudicial o de riesgo	

Elaboración propia con datos extraídos del glosario de términos de alcohol y drogas de la Organización Mundial de la Salud.

1.2.2. Concepto de abuso vs dependencia de sustancias psicoactivas

El Glosario de términos de alcohol y drogas de la Organización Mundial de la Salud, hace referencia que el concepto de “abuso” tiene varios significados dependiendo de la frecuencia del consumo, por lo que podemos hablar de abuso de drogas legales y de

¹⁹ * Consumo de alcohol motivado por el deseo o la necesidad de evadirse de una situación o un estado de ánimo desagradable. Términos afines: motivos personales (frente a sociales); consumo de alcohol para abordar situaciones; afectividad negativa.

ilegales. Sin embargo, el término resulta ambiguo cuando se refiere a drogas que producen dependencia.²⁰

Para definir el concepto de “abuso de sustancias psicoactivas” la Organización Mundial de la Salud cita el manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales DSM-IV, el cual establece lo siguiente:

*“Abuso de sustancias psicoactivas es un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos debido al consumo repetido de sustancias. Puede darse el incumplimiento de obligaciones importantes, consumo repetido en situaciones en que hacerlo es físicamente peligroso, problemas legales múltiples y problemas sociales e interpersonales recurrentes. Estos problemas pueden tener lugar repetidamente durante un período continuado de 12 meses”.*²¹

Por tanto, el término “abuso de sustancias” es el exceso de consumo recurrente o continuado de una droga determinada que puede dar lugar al incumplimiento de obligaciones en la escuela, en la casa o en el trabajo debido a la intoxicación del cuerpo. Así mismo, se habla de abuso cuando la persona consume en situaciones en las que hacerlo pone en riesgo su integridad física y la de otras personas como conducir un automóvil bajo los efectos de alguna droga, o en su defecto tener problemas legales continuos relacionados con la ingesta de sustancias.²²

De acuerdo al Glosario de la Organización Mundial de la Salud el término “Dependencia de sustancia” se define como:

“Una necesidad de consumir dosis repetidas de la droga para encontrarse bien o para no sentirse mal. En el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales DSM-III-R, la dependencia se define como un grupo de síntomas cognitivos, fisiológicos y del comportamiento que indican que una persona presenta un deterioro del control sobre el consumo de la sustancia psicoactiva

²⁰ Glosario de la Organización Mundial de la Salud, p. 11 y 12.

²¹ Organización Mundial de la Salud cita el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales DSM-IV, <https://psicovalero.files.wordpress.com/2014/06/manual-diagnc3b3stico-y-estadc3adstico-de-los-trastornos-mentales-dsm-iv.pdf>.

²² ibidem

y que sigue consumiéndola a pesar de las consecuencias adversas [...] Por regla general, el término puede utilizarse en referencia a toda la gama de sustancias psicoactivas (farmacodependencia, drogodependencia, dependencia de sustancias químicas, dependencia del consumo de sustancias) o para referirse a una droga o a una clase de drogas concreta (p. ej., dependencia del alcohol, dependencia de opiáceos).²³

De igual forma, el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-IV) define a la dependencia como “*el uso repetido de sustancias, que produce alteraciones o trastornos clínicos significativos (cognoscitivos, físicos y fisiológicos)*”. Se caracteriza por los siguientes síntomas: ²⁴

- 1. Deseo persistente para continuar tomando la droga o consumiendo,*
- 2. Dificultades para controlar el consumo, tendencia a incrementar la dosis,*
- 3. Dependencia física y psíquica, la falta o reducción de la sustancia puede producir síndrome de abstinencia,*
- 4. Falta de interés de su realidad,*
- 5. Tolerancia a la sustancia*
- 6. Persistencia en el uso de la sustancia a pesar de percibir de forma clara sus efectos perjudiciales.*

Por ende, para considerar a una persona como dependiente a una sustancia, al menos tres de estos síntomas deben de presentarse en un lapso de doce meses, los más recurrentes son la tolerancia a la sustancia, el síndrome de abstinencia y el patrón de uso compulsivo a una sustancia determinada.²⁵

²³ Glosario de la Organización Mundial de la Salud, p. 29 y 30.

²⁴ Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales de la Asociación Americana en Psiquiatría, “Trastornos relacionados con sustancias”, <https://psicovalero.files.wordpress.com/2014/06/manual-diagnc3b3stico-y-estadc3adstico-de-los-trastornos-mentales-dsm-iv.pdf>, nota 10, p.182 a la 187.

²⁵ Idem, p.188

1.2.3. Conceptos básicos en relación con el marco jurídico mexicano

En México, la Ley General de Salud (LGS) en sus artículos 192 bis y 473 reconoce dos tipos de consumo, “el farmacodependiente y el consumidor”. Siguiendo la categorización antes citada de Gonzales Zorrilla el primero de ellos se asocia al consumidor frecuente problemático o dependiente, y el segundo al consumidor ocasional.

De acuerdo con los artículos antes citados, se define al farmacodependiente como “toda persona que presenta algún signo o síntoma de dependencia a estupefacientes o psicotrópicos”; y al consumidor como “toda persona que consume o utilice estupefacientes o psicotrópicos y que no presente signos ni síntomas de dependencia”.²⁶ Asimismo, define la farmacodependencia como: “el conjunto de fenómenos de comportamiento, cognoscitivos y fisiológicos que se desarrollan luego del consumo repetido de estupefacientes o psicotrópicos...”²⁷

A su vez, la Norma Oficial Mexicana (NOM) 028-SSA-2009 reconoce los siguientes conceptos: consumo de sustancias psicoactivas (“rubro genérico que agrupa diferentes modos de uso y abuso de sustancias, ya sea tóxicos naturales, químicos o sintéticos, también incluye medicamentos”), adicción o dependencia (“conjunto de fenómenos del comportamiento, cognoscitivos y fisiológicos, que se desarrollan luego del consumo repetido de una sustancia psicoactiva”), síndrome de dependencia (“conjunto de signos y síntomas de orden cognoscitivo, conductual y fisiológico, que evidencian la pérdida de control de la persona sobre el consumo habitual de las sustancias psicoactivas”) y farmacodependiente (“persona con dependencia a una o más sustancias psicoactivas”), entre otros conceptos.²⁸

Pese a las anteriores distinciones y definiciones que determina la ley, sigue habiendo problema en su concepción. El término “farmacodependiente” engloba a cualquier persona que presente “algún síntoma de dependencia”, olvidando los criterios que establece el DSM-IV, de manera que, si una persona es consumidora frecuente o

²⁶ Diario Oficial de la Federación, Ley General de Salud.

²⁷ *Ídem.*

²⁸ Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-1999, Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones, <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/028ssa29.html>.

habitual bajo la Ley de Salud en México, el sujeto es catalogado como dependiente pues el “consumo repetido de una sustancia psicoactiva” es síntoma de dependencia, así mismo, no distingue entre abuso de sustancias y dependencia, puesto que, son conceptos completamente distintos, provocando que consumidores ocasionales que presentan abuso de sustancias sean igualmente clasificados como farmacodependientes.

En este sentido, es necesario que la legislación actual de salud deje de enfocarse en la periodicidad o frecuencia y tome más en cuenta los tipos de consumo existentes, los efectos dañinos que causan en las personas y los posibles tratamientos que pueden ofrecer los centros de salud, esto permitirá mejores intervenciones del Estado para enfrentar los problemas que se derivan del consumo de drogas, como la construcción de políticas públicas en materia de drogas basadas en fundamentos racionales y apegado a los derechos fundamentales.

1.3. Antecedentes internacionales sobre el sistema de fiscalización de drogas

Las políticas de drogas que conocemos actualmente son producto del siglo XX, época que se caracterizó por enfrentar el mayor problema de uso indebido de sustancias y por el acceso libre a ellas. La necesidad de crear un sistema de control a nivel mundial para asentar las bases de producción y comercialización se hizo cada vez más presente, debido a las consecuencias negativas que implicaba para los países que importaban; la preocupación común y la cooperación para garantizar la seguridad de todas las personas termino en la creación de un régimen de fiscalización internacional. A continuación, se describe los precedentes más importantes que han servido como base para desarrollar y mantener la postura antidrogas que conocemos actualmente.

La creación de un sistema de fiscalización internacional de sustancias psicoactivas surge de la crisis de uso de opio en China entre los siglos XVIII y a principio del XIX.²⁹ La situación de relativo desorden y de acceso libre a las drogas de esa época trajo como consecuencia que en febrero de 1909 en Shanghái se celebrara la primera conferencia internacional en la que se analizó el problema mundial de las drogas. La “Comisión del

²⁹ Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, “Informe mundial sobre las drogas” 2008, https://www.unodc.org/documents/wdr/WDR_2008/WDR_2008_Spanish_web.pdf, p.175.

Opio” nombre que recibió la conferencia sentó las bases para la elaboración del primer tratado de fiscalización internacional en materia de drogas,³⁰ el cual se firmaría tres años después en la Convención de La Haya.

Dicha Convención se llevó a cabo del 1 de diciembre 1911 al 23 de enero de 1912. En ella, participaron Gran Bretaña, Estados Unidos, Francia, los Países Bajos, Portugal, Alemania, Italia, Rusia, Japón, China, Persia (el Irán) y Siam (Tailandia). Los objetivos de la convención era obligar a las Potencias Contratantes a controlar la producción y comercialización del opio y la morfina; así como la ampliación del sistema de fiscalización para algunas drogas que apenas empezaban a experimentarse cómo la cocaína y la heroína para fines médicos.³¹ Sin embargo, éste no fue ratificado por los doce Estados que asistieron bajo el argumento de que era necesario que las 46 naciones restantes se adhiriesen al tratado para que entrase en vigor.³² La consecuencia de todo ello fue que el Convenio quedó en suspenso y abierto para cualquier adhesión.

Con la llegada de la primera guerra mundial fue imposible que la Convención entrara en vigor y que los Estados que habían firmado cumplieran con dicho instrumento³³ a excepción de cinco países (China, Estados Unidos, Los Países Bajos, Honduras y Noruega) que lo pusieron en práctica, esto evitó que la Convención se convirtiera en letra muerta. Tras la primera guerra mundial el 28 de junio de 1919 fue incorporada la Convención del Opio al Tratado de Versalles (en el artículo 295) como estrategia del gobierno estadounidense para obligar a los países restante a cumplir con las obligaciones del convenio, siendo ratificada por más de 60 países entre 1919 y 1921.³⁴

³⁰ *Ibidem*, p. 182. Países participantes en la primera conferencia internacional del opio: Alemania, Austria-Hungría, China, Estados Unidos, Francia, Gran Bretaña, Italia, Japón, Países Bajos, Persia, Portugal, Rusia y Siam.

³¹ Capítulo III de la Convención Internacional del Opio, se refería al opio medicinal, la morfina, la heroína y la cocaína. Para mayor información véase en el Informe Mundial de Drogas 2008, https://www.unodc.org/documents/wdr/WDR_2008/WDR_2008_Spanish_web.pdf, p.193.

³² De los 46 países Turquía, Suiza, Bolivia y Perú eran los Estados más comprometidos en el tráfico de opio y cocaína. Véase en Escocotado, Antonio, “La creación del problema”, in Revista Española de investigaciones sociológicas, núm. 34, 1986, http://www.reis.cis.es/REIS/PDF/REIS_034_04.pdf, p. 36.

³³ *Ibidem*, p.37. Para 1914, 44 gobiernos habían firmado, no obstante menos de la mitad lo ratificó y solo cinco de ellos (Estados Unidos, China, los Países Bajos, Holanda y Noruega) lo aplicaron. Sólo Serbia y Turquía se negaron a firmar.

³⁴ Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, Informe mundial sobre las drogas 2008, https://www.unodc.org/documents/wdr/WDR_2008/WDR_2008_Spanish_web.pdf, p. 195.

Con la finalidad de fortalecer esfuerzos internacionales y lograr la fiscalización internacional de las drogas, en 1924 y 1925 se celebraron conferencias consecutivas, en las que se firmaron dos tratados diferentes. El primero de ellos, correlacionado con la fabricación, el comercio interior y el uso de opio preparado; y el segundo fue la aprobación de la nueva Convención Internacional del Opio (Ginebra, 19 de febrero de 1925), la cual fue ratificada por 56 países. Dentro de los puntos a destacar de la Convención se encuentran la institucionalización del sistema de fiscalización internacional y la prohibición del cannabis.³⁵

El 12 de julio de 1931 se dio firma a la *Convención para limitar la fabricación y reglamentar la distribución de estupefacientes*, la cual entró en vigor en junio de 1933 y fue ratificada por 67 países. Los puntos a destacar de la Convención son: 1) la introducción de un sistema para limitar la fabricación de drogas a cantidades suficientes para fines médicos y científicos; 2) Se incrementó la supervisión y vigilancia interna de las actividades de fabricación en los Estados que formaban parte; 3) la clasificación de sustancias en listas con la finalidad de establecer distintas medidas de fiscalización dependiendo del tipo de droga.

La fabricación lícita de opiáceos y cocaína se había reducido drásticamente casi al nivel de la demanda legítima entre 1934 y 1935, sin embargo, se dio un aumento en actividades ilegales y de grupos organizados delictivos en materia internacional. Estos temas fueron el eje central de la conferencia de 1936 en la que se creó la *Convención para la supresión del tráfico ilícito de drogas nocivas*. Este instrumento es considerado como el primer tratado internacional que se ocupó de manera central del tráfico de sustancias en la tipificación de delitos internacionales relacionados con drogas y en cuestiones relativas a la extradición por delitos de drogas cometidos en el extranjero.

Después de la segunda guerra mundial, en 1946, se aprobó un protocolo mediante el cual las funciones jurídicas internacionales de fiscalización de drogas pasan a manos de

³⁵ Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, Informe mundial sobre las drogas 2008, https://www.unodc.org/documents/wdr/WDR_2008/WDR_2008_Spanish_web.pdf, p. 196.

las Naciones Unidas, la cual era ejercida antes por la Sociedad de las Naciones.³⁶ En 1961 se aprobó la *Convención Única sobre Estupefacientes*, la cual sustituyó a todos los instrumentos y convenios previamente celebrados en materia de fiscalización de drogas. Como objetivos tenía la adopción de medidas jurídicas (disposiciones penales) y administrativas para limitar la producción, fabricación, distribución y comercio de drogas a excepción si son para fines médicos y científicos; unificar los tratados multilaterales en un solo documento y ampliar la fiscalización para que incluyera el cultivo de plantas como la adormidera, la hoja de coca y cannabis, utilizadas como materia prima para la producción de sustancias naturales. Así mismo, incluyó por primera vez la obligación de los Estados Miembros a brindar asistencia médica y de rehabilitación a personas dependientes de sustancias.

No obstante, dicha política de droga implementada a mediados de 1960 y 1970 trajo consecuencias, en primer lugar que algunos países como Estados Unidos incrementara el índice de detenciones masivas por posesión de marihuana e instaurara una política más represiva bajo el lema de “guerra contra las drogas”, en especial a la heroína; en segundo lugar, se produjo la expansión del mercado negro delictivo a otras áreas geográficas y, el reemplazo de sustancias por otras sustancias menos fiscalizadas.

En 1971 se aprobó el Convenio sobre Sustancias psicotrópicas, mediante el cual se dictaban normas tendientes a fiscalizar la producción y distribución de fármacos y drogas sintéticas como los estimulantes de tipo anfetamínico, alucinógenos (LSD), sedantes-hipnóticos, ansiolíticos (benzodiazepinas y barbitúricos), entre otros. Para eso se establecieron medidas para la prevención del uso indebido de sustancias psicoactivas como la venta de medicamentos con receta médica, y la incorporación de etiquetas que incluyeran los avisos y advertencias que pudiese generar la ingesta de estos. Brindar educación y tratamiento a personas afectadas por el consumo de las mismas, sistemas de licencia para la fabricación, comercio y distribución de sustancias para uso médico;

³⁶ Las funciones del Comité Consultivo sobre el Opio fueron asumidas por la Comisión de Estupefacientes de las Naciones Unidas y las de la Sección del Opio, por la nueva División de Estupefacientes (DE), que tuvo su sede en Nueva York hasta 1955, trasladándose ésta posteriormente a Ginebra. Véase en el Informe Mundial sobre drogas de 2008.

sistemas de inspección para los fabricantes, exportadores, importadores, distribuidores, e instituciones médicas y científica.³⁷

En 1972 se celebra una nueva conferencia para la revisión y enmienda de la Convención Única sobre Estupefacientes. En el protocolo se expresa la necesidad de fortalecer el entonces vigente sistema de fiscalización, incrementar las actividades relativas a prevención de la producción, evitar el consumo de drogas y luchar contra el tráfico ilícito de drogas.

En 1988 se elaboró una conferencia para la aprobación de una nueva Convención contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas, consecuencia del incremento acelerado de la oferta y la demanda de drogas ilícitas (opio/heroína/coca/cocaína y drogas sintéticas). Este instrumento obliga a los Estados a criminalizar (tipificar como delito) “la posesión, adquisición y cultivo de sustancias psicoactivas para consumo de personal”; tipifica como delito el lavado de dinero relacionado con drogas; se implementa medidas de fiscalización de precursores químicos para la manufacturación de drogas ilícitas a nivel internacional; se amplía el alcance de los delitos para la extradición y; sujeta a las partes a prevenir y reducir la distribución de drogas mediante la adopción de medidas que evita el cultivo ilícito (erradicación de cultivos), la demanda y la oferta de drogas (criminalización de la posesión y producción para fines de auto-consumo).³⁸ Empero, aunque la Convención recomendó a los países el diseño de estrategias de reducción de la demanda, ésta no exigía su cumplimiento.

En 1991 se estableció el programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas; en esa misma década, específicamente en 1998, la Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito se convierte en el órgano rector para el combate contra las drogas ilícitas y el crimen organizado. Un año después, la Asamblea

³⁷ Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, “Informe mundial sobre las drogas” 2008, https://www.unodc.org/documents/wdr/WDR_2008/WDR_2008_Spanish_web.pdf, p. 205.

³⁸ *Ibidem*, p. 209-211. O en: Galindo López, Carlos Alberto y Ramírez, Hernández Susana, “Control internacional de drogas: antecedentes históricos rumbo a UNGASS 2016”, Dirección General de Investigación Estratégica, México, tema estratégico 27, 2015, <http://bibliodigitalibd.senado.gob.mx/bitstream/handle/123456789/1914/reporte27.pdf?sequence=1&isAllo wed=y>, p. 12 y13.

General de las Naciones Unidas celebró una Sesión Especial sobre el problema mundial de las drogas (UNGASS), en ella se estableció una Declaración política, que incluía principios rectores para la implementación de programas de gran alcance, como la prevención del uso inicial, ayudar a los consumidores ocasionales, promover la rehabilitación de los toxicómanos hasta lograr su reinserción social³⁹. Así como la implementación de estrategias de reducción de la demanda y de las consecuencias negativas del consumo (reducción de daños). Esto último trajo controversias innecesarias bajo el argumento de que repercutían con las medidas adoptadas para la prevención y disminución del consumo. Además, se determinó un Plan de Acción cuyo objetivo era fortalecer la cooperación internacional para erradicar el problema mundial de las drogas a través de la erradicación de cultivos ilícitos, la lucha contra el blanqueo de dinero, la fabricación, tráfico y uso indebido de drogas sintéticas y precursores, así como su fiscalización. Fue así como surge el primer instrumento jurídico en el que interrelaciona la producción y el tráfico de drogas con el terrorismo.⁴⁰

Entre 2000 y 2003 se adoptaron cinco instrumentos jurídicos promovidos por la Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (la Convención de las Naciones Unidas contra la Delincuencia Organizada Transnacional, los tres protocolos suplementarios (sobre la trata de personas, el tráfico ilícito de migrantes y el tráfico ilícito de armas de fuego) y la Convención de las Naciones Unidas contra la Corrupción) con el objetivo de hacer frente al mercado delictivo de drogas. Sin embargo, en 2008 las oficinas de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito reconoció por primera vez que la política “de guerra contra las drogas” producía consecuencias no deseadas y negativas. Algunas de ellas eran: 1) la creación de un mercado negro delictivo, 2) el desplazamiento de las políticas. Es decir, mayor atención al combate contra el mercado negro delictivo que la salud pública; 3) el desplazamiento geográfico; 4) el reemplazo de sustancias y, 5) criminalización y discriminación a consumidores.⁴¹

³⁹ United Nations Office on Drugs and Crime, “Reduccion de la demanda”, vease en: <https://www.unodc.org/peruandecuador/es/02AREAS/DEMANDA/reduccion-demanda.html>

⁴⁰ Informe Mundial sobre las Drogas 2008, *Op. Cit.*, p. 212

⁴¹ Informe Mundial sobre las Drogas 2008, *Op. Cit.*, p. 219 y 220.

En 2009 se llevó a cabo el 52º período de sesiones de la Comisión de Estupefacientes, en ella se evaluó los progresos realizados por los Estados Miembros desde 1998, como consecuencia se acordó una nueva Declaración Política y un Plan de Acción sobre cooperación internacional a favor de una estrategia integral y equilibrada para contrarrestar el problema mundial de las drogas, y se programó la próxima UNGASS para el 2019. En 2010 se celebró en Viena la Conferencia Internacional sobre el SIDA, en la que se señaló que *“la criminalización de los usuarios de drogas ilícitas está alimentando la epidemia del VIH y ha dado como resultado consecuencias sociales y de salud abrumadoramente negativas”*⁴² por lo que se hizo un llamado a reorientar la política. Para el siguiente año, México, Colombia y diversas Organizaciones No Gubernamentales (ONGs) de todo el mundo lanzaron campañas sobre los costos de la guerra contra las drogas en especial en siete áreas políticas: desarrollo y seguridad, salud pública, derechos humanos, estigma y discriminación, crimen, el medio ambiente y economía, tornándose en favor de la regulación legal de las drogas.

Para 2012, los jefes de Estado de Latinoamérica (Colombia, México y Guatemala)⁴³, España y Portugal solicitaron a la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) revisar la política mundial de drogas y proponer nuevas estrategias, ya que las actuales no estaban resolviendo el problema. De manera que, se acordó una Sesión Especial la cual se llevaría a cabo en 2016. En ella se revisaría la política global de drogas, después de conocer la evaluación de progresos que realizarían los Estados Miembros en 2014, en aplicación de la nueva Declaración política y del Plan de Acción.⁴⁴ En ese sentido en 2014, se realizó dicha revisión, la cual derivó en una Declaración Ministerial Conjunta de los Estados Miembros. En ella se contempló los logros alcanzados, las metas inconclusas y las nuevas prioridades de acción, como *“la necesidad de que se comprendan mejor los factores sociales y económicos que*

⁴² México Unido Contra la Delincuencia (MUCD), "Las políticas de drogas en el mundo 1800-2018", México, 2019, <https://www.mucd.org.mx/2019/05/las-politicas-de-drogas-en-el-mundo-1800-2018/>.

⁴³ Doce países latinoamericanos entre ellos, Colombia, Guatemala, México, Costa Rica, El Salvador, Panamá, Nicaragua, Belice, Honduras y la República Dominicana, hicieron un llamado a la ONU, para explorar la regulación legal de las drogas. Dicha sesión esta recogida en la Declaración de Cádiz.

⁴⁴ Asamblea General, "Resolución aprobada por la Asamblea General el 20 de diciembre de 2012", acuerdo 67/193. Cooperación internacional contra el problema mundial de las drogas, tema 104 del programa, 2013, <https://undocs.org/es/A/RES/67/193>, p. 13.

alimentan el problema mundial de las drogas”, la escasa o inexistente disponibilidad de drogas sometidas a control internacional para fines médicos y científicos en varios países del mundo, y la obligación de las organizaciones internacionales de garantizar su disponibilidad y accesibilidad, previniendo al mismo tiempo el uso indebido, tráfico y desviación de sustancias entre otros retos.⁴⁵

En marzo de 2015 por iniciativa de Colombia y países como Suiza, México, Guatemala y Uruguay, el Consejo de Derechos Humanos aprobó una resolución en la que se solicitó al Alto Comisionado para los Derechos Humanos un estudio sobre el impacto del problema mundial de las drogas en el disfrute de los Derechos Humanos. En dicho estudio se presentan claramente las vulneraciones a los derechos fundamentales en la aplicación de las políticas de drogas⁴⁶.

En este contexto, los diferentes mecanismos de cooperación del continente americano han jugado un rol preponderante en los preparativos de la UNGASS. La Comunidad de Estados Latinoamericanos y Caribeños (CELAC), realizó dos reuniones de alto nivel con la finalidad de discutir sobre el tema de drogas y poder aportar insumos sobre el tema en la región⁴⁷.

Por su parte, la Unión de Naciones Suramericanas (UNASUR), realizó un proceso de consultas y negociaciones que se remitieron en un escrito de visión común para la UNGASS a través de la CDE. Finalmente, la Organización de Estados Americanos (OEA), a iniciativa del presidente de Colombia Juan Manuel Santos, solicitaron a este mecanismo un “Estudio sobre las Políticas de Drogas en el Hemisferio” convirtiéndose en un destacado instrumento para el debate de la Asamblea General extraordinaria llevada a cabo el 19 de septiembre de 2014 en la Ciudad de Guatemala⁴⁸.

En 2016 se celebró el trigésimo período extraordinario de sesión de la UNGASS, sin embargo, se volvió a recaer en el debate de que la actual política de drogas no estaba

⁴⁵ Galindo López, Carlos Alberto y Ramírez, Hernández Susana, “Control internacional de drogas: antecedentes históricos rumbo a UNGASS 2016”, *Op. Cit.*, p. 14.

⁴⁶ Ministerio de Relaciones Exteriores, “Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas (UNGASS) dedicada a las Drogas”, vease en: <https://www.cancilleria.gov.co/especiales/ungass/index.html>

⁴⁷ *Ibidem*.

⁴⁸ *Ibidem*.

funcionando, proponiendo las mismas recomendaciones de promover y fortalecer medidas preventivas primarias, secundarias y terciarias para evitar el uso indebido de sustancias psicoactiva.

Actualmente, la política de drogas a nivel mundial continúa bajo un esquema de prohibición, incitando a los países miembros a promover acciones para reducir la producción y tráfico de sustancias, así como disminuir el consumo a través de múltiples acciones basadas en la prevención y tratamiento. Bajo esta última perspectiva varios países han empezado a adoptar respuestas alternativas al enfoque punitivo (especialmente para el uso y posesión para consumo personal) como “la despenalización del consumo de drogas, la suspensión de sanciones penales al consumo y la adopción de sanciones administrativas, así como la derivación de estos casos al servicio de tratamiento y educación, entre otras acciones”.⁴⁹

México es uno de los países que ha optado por implementar este tipo de estrategias, un ejemplo muy claro es que desde 2009 no se ejerce acción penal en contra de quien sea farmacodependiente o consumidor, siempre y cuando no rebase las cantidades señaladas en el artículo 479 de la Ley General de Salud; de igual modo, ofrece salidas alternativas al encarcelamiento como los tribunales de tratamiento de adicciones en aplicación de la suspensión condicional del proceso, criterios de oportunidad, o procedimiento abreviado.

En el siguiente apartado se describe la evolución histórica en México con la finalidad de conocer cómo los acuerdos a nivel internacional en materia de drogas han influido en el sistema mexicano.

1.3.1. Evolución histórica del sistema de fiscalización de drogas en México

De las principales fuentes que se encontró sobre la evolución de las políticas de drogas y del tráfico de sustancias psicoactivas en México está el sociólogo Luis Astorga, quien en la obra “El siglo de las drogas”⁵⁰ nos describe como México transitó de una

⁴⁹ Secretaría técnica del Gobierno de Colombia y Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD), Informe técnico sobre alternativas al encarcelamiento para delitos relacionados con las drogas, http://www.cicad.oas.org/fortalecimiento_institucional/dtca/publications/InformeSobreAlternativasEncarcelamiento_SPA.pdf.

⁵⁰ Astorga, Luis, El siglo de las drogas Del Porfiriato al nuevo milenio, Debolsillo, 2016, p. 17.

situación de permisión y regulación a un marco restrictivo y punitivo de control de la oferta y la demanda en línea con las tendencias internacionales. A continuación, se rescatan algunos acontecimientos que son relevantes para este estudio.

A finales del siglo XIX y a principios del XX, la venta y suministro de sustancias psicoactivas en México recaía en manos de farmacéuticos y boticarios del pueblo. Sin embargo, entre los años veinte y treinta esto cambió radicalmente, ya que México se adhirió a las tendencias internacionales de regular el cultivo y el comercio de sustancias psicoactivas bajo un régimen de prohibición. La primera droga en prohibirse fue el cannabis, seguidamente de la cocaína, el opio y la morfina o cualquier otra droga que fuera considerada peligrosa. En 1927 el Senado de la República firmó la Convención de La Haya, por lo que, para los años treinta la producción, comercialización, consumo o cualquier otra actividad relacionada con el uso de sustancias era catalogada como delito federal, de acuerdo con el Código Penal de 1931 en su capítulo denominado “Delitos contra la salud”.⁵¹

En 1940, durante el último año de mandato del presidente Lázaro Cárdenas, hubo un breve cambio de tendencia y se adoptó la ideología de que *“al vicioso debe de conceptuarse más como enfermo que como delincuente y por tanto hay que atender y curar”*;⁵² debido a lo anterior se promulgó el Reglamento Federal de Toxicomanías.

Dicha legislación eliminó las viejas leyes punitivas sobre los delitos de drogas, previó la asistencia médica para consumidores dependientes, estableció clínicas ambulatorias, con la finalidad de que los usuarios fueran tratados como enfermos y no como criminales. Bajo esta perspectiva los consumidores podrían ser recetados y suministrados con drogas (morfina, cannabis, heroína, y cocaína) ya fueren en hospitales, boticas, dispensarios o por médicos registrados.⁵³ Para que esto fuera posible se despenalizó la venta y la compra de psicotrópicos, incluido el cannabis, la cocaína y la heroína. Se liberaron a pequeños delincuentes de las cárceles y de las clínicas de rehabilitación.

⁵¹ *ibidem*, p. 43.

⁵² Smith, Benjamin, “El año en el que México legalizó (brevemente) las drogas”, BBC History Magazine, México, 2018, <https://www.bbc.com/mundo/noticias-43670179>.

⁵³ Zedillo, Ponce de León Ernesto, *et al.*, La política de drogas en Mexico: causa de una tragedia nacional, Una propuesta radical e indispensable para remediarla, cuaderno de trabajo del programa de política de drogas, México, CIDE, 2019, p. 19.

Al mes de su implementación se observaron cambios en la reducción de arrestos por venta, posesión y consumo y se trataron al menos 1,000 personas bajo dosis controladas. Asimismo, durante el tiempo que estuvo vigente el reglamento, contribuyó a paralizar el comercio ilegal pues las clínicas instauradas vendían las drogas a un precio mucho más bajo que en el mercado ilícito. No obstante, antes de que pasara seis meses fue anulada, regresando al antiguo régimen de prohibición.

Según el profesor Benjamin Smith, fue por causa de las presiones jurídicas que Estados Unidos ejerció sobre el comercio farmacéutico de México. El gobierno estadounidense invocó las enmiendas de 1935 de la Ley de importación y Exportación de Estupefacientes, la cual le autorizaba a embargar las exportaciones de sustancias como la morfina y la cocaína cuando considerara que los objetivos no eran médicos ni científicos. Pese a que las autoridades de México intentaron argumentar que la implementación de la legislación había tenido buenos resultados en cuanto a reducción de la oferta, Estados Unidos permaneció en la postura de que si se expandía el modelo generaría consecuencias terribles para su población. Para mayo de 1940 se suspendieron todas las exportaciones de morfina y cocaína, de manera que México se vio obligado a renunciar a dicho régimen y a instaurar nuevamente la prohibición.⁵⁴

Dos sucesos marcaron la política de drogas en el contexto mexicano en los años sesenta. México se convirtió en un país “de paso” (transportando drogas de países sudamericanos a Estados Unidos por las secuelas que había generado la Segunda Guerra Mundial) y; se adoptó la Convención Única sobre Estupefacientes (1961).⁵⁵ Esto trajo como consecuencia el endurecimiento de las penas y la criminalización de cualquier persona que tuviera alguna relación con drogas.

Esto cambió con la reforma de 1978, con la cual se introdujo en el Código Penal la distinción entre consumidor y traficante de pequeña y alta peligrosidad y se reconoció que ciertos sectores de la población eran más susceptibles de enfrentar un proceso penal por su condición vulnerable como campesinos, mujeres, jóvenes y estudiantes.⁵⁶ Bajo

⁵⁴ Smith, Benjamin, “El año en el que México legalizó (brevemente) las drogas”, *Op. Cit.*

⁵⁵ Alonso, Aranda Fernanda, “La historia de la política mexicana de drogas en el siglo xx”, *op. cit.*, 53 a la 72.

⁵⁶ *idem.*

esta concepción, el Senado propuso incrementar las cantidades permitidas por posesión “no debiendo de exceder de la necesaria para el uso personal durante un término de tres días”, y la revalorización de la pena de “prisión en procesados o sentenciados en que pudiera resultar contrario a los fines de su readaptación”.⁵⁷ Sin embargo la reforma fue anulada años más tarde.

Para 1983 la política de salud en México tuvo un gran avance, se añadió en el artículo cuarto constitucional el derecho a la protección de la salud y se creó una ley (Ley General de Salud) que definió las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud la cual entró en vigor el 01 de julio de 1984. La reforma tenía como objetivo descentralizar todo el campo de salud y distribuir entre la federación, las entidades federativas y municipios “las responsabilidades que en cuanto a servicios de salud les correspondiera” con la finalidad de brindar mejores servicios de protección, entre los que se incluían “programas tendientes al mejoramiento del medio ambiente, de obtención de alimentos y medicamentos de calidad, de prevención, de rehabilitación para combatir el uso de estupefacientes, entre otros.”⁵⁸ Empero, la descentralización de la protección de la salud y su elevación a rango constitucional no tuvieron relevancia en cuanto al catálogo de delitos contra la salud contemplados en el Código Penal Federal.

En 1989, México con apoyo financiero de la Secretaría de Salud y del gobierno de Estados Unidos, realizó la primera encuesta nacional de adicciones (ENA) en el país, con la finalidad de estimar “*la prevalencia de consumo, además de identificar los problemas asociados al mismo, y determinar las actitudes, valores, factores de riesgos socioeconómicos, cultural y demográfico relacionados a la ingesta.*”⁵⁹ Los resultados fueron expuestos en 1990, reflejando que en México el consumo de drogas no era un problema a comparación de otros países como Estados Unidos. En ese mismo año, se creó la Comisión Nacional de Derecho Humanos, trayendo como consecuencia que la reforma siguiente al Código Penal Federal (1991) buscara la humanización del derecho

⁵⁷ Diario Oficial de la Federación, Código Penal Federal, reforma de 01 de Marzo, 1978, <http://cronica.diputados.gob.mx/DDebate/50/2do/CPerma/19780301.html>.

⁵⁸ Diario Oficial de la Federación, Iniciativa de reforma al artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, publicado el 03 de febrero de 1983, https://www.sitios.scjn.gob.mx/constitucion1917-2017/sites/default/files/CPEUM_1917_CC/procLeg/102%20-%2003%20FEB%201983.pdf, p. 12.

⁵⁹ Astorga, Luis, El siglo de las drogas, apartado Años ochenta y noventa *Op. cit*

penal, a través de penas alternas para un mayor número de tipos penales, y la identificación del sujeto activo del delito.⁶⁰

En el año 2000, accedió a la presidencia Vicente Fox Quesada. Durante su gobierno se ratificó la posición de combate contra las drogas y la delincuencia organizada bajo la perspectiva de seguridad nacional con Estados Unidos. Las acciones para hacer cumplimiento el acuerdo bilateral fue la creación del Programa Nacional para el Control de Drogas 2001-2006 (PNCD), coordinado por la Procuraduría General de la República,⁶¹ el cual establecía acciones y lineamientos de reducción de oferta y demanda de sustancias psicoactivas, así como la creación de programas enfocados a la prevención y reducción de cultivos ilícitos, a la producción y tráfico de drogas, al lavado de dinero, a la evaluación de programas, medidas de control y cooperación internacional.⁶²

Para dar paso al Programa Nacional, el Ejecutivo Federal propuso algunos cambios legislativos. En materia de política de drogas se destaca la adición del párrafo tercero a la fracción XXI del artículo 73 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, así como las modificaciones a la Ley General de Salud, al Código Penal Federal y Código Federal de Procedimientos Penales.⁶³ No obstante, solo la primera de ellas entró en vigor pese a que las dos iniciativas fueron aprobadas por las dos cámaras

⁶⁰ Secretaria de Servicios Parlamentarios, Cuaderno de Apoyo Datos Generales del Proceso Legislativo de todas las reformas que ha tenido el Código Penal Federal desde su expedición 1931-2004, Dirección General de Bibliotecas, <http://www.diputados.gob.mx/sedia/biblio/archivo/SDL-04-2004.pdf>.

⁶¹ *idem*. Aprobado por el Ejecutivo Federal, a través de la Procuraduría General de la República en noviembre de 2002.

⁶² Organización de los Estados Americanos-OEA y Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas-CICAD, "Evaluación del progreso del control de drogas 2005-2006", México, MEM, 2006, http://www.cicad.oas.org/mem/reports/4/Full_Eval/Mexico%20-%20Fourth%20Round%20-%20ESP.pdf.

⁶³ La iniciativa de reforma al artículo 73 constitucional al igual que las demás leyes secundarias tenía como objetivo la descentralización y redistribución del poder en cuanto facultades, responsabilidades y recursos de la federación a las entidades federativas y municipales, ya que eran precisamente las autoridades locales las instancias de gobiernos más cercanas para satisfacer de manera pronta y expedita la impartición de justicia en referencia con el combate a la delincuencia en sus diversas expresiones, dentro de las cuales se encontraba el combate a la delincuencia organizada en su modalidad de concurrencia, es decir, en materia de salubridad general, para ello proponía una tabla de cantidad de dosis permitidas. Diario Oficial de la Federación, iniciativa con proyecto de decreto por el que se adiciona un párrafo tercero a la fracción XXI del artículo 73 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 07 de enero de 2004, *Cft.*, en <http://cronica.diputados.gob.mx/DDebate/59/1er/1P/CPerma/ene/00L59A1P1p4.html>.

del Congreso, en cuanto a la otra iniciativa de reforma fue vetada por el mismo presidente.

En 2006 asumió la presidencia Felipe Calderón Hinojosa, durante su sexenio (2006-2012) la política antidrogas fue aplicada con mayor énfasis, a diferencia de otros sexenios; la cual se caracterizó por una espiral de violencia nunca antes vista en el país, principalmente derivado de los brutales ataques entre los cárteles del narcotráfico por el control de la producción y de las rutas del tráfico de drogas. Convirtiéndose la lucha contra las drogas en el estandarte de la administración de Felipe Calderón, lo que conllevó a la asistencia del gobierno estadounidense en la lucha contra el narcotráfico en México, implementando en el año 2007 lo que se conocería como Iniciativa Mérida, la cual se conformaba por cuatro pilares estratégicos; a) afectar la capacidad operativa del crimen organizado; b) Institucionalizar la capacidad de mantener el Estado de derecho; c) crear la estructura fronteriza del siglo XXI; d) Construir comunidades fuertes y resistentes⁶⁴.

De acuerdo a los comunicados de la Presidencia de la República y a los datos recolectados por la autora Laura H. Atuesta, se llevaron aproximadamente quince operativos conjuntos en varias entidades federativas,⁶⁵ todas ellas conocidas por ser zonas de cultivo, de producción y de organizaciones criminales. Estos operativos ocasionaron -como ya se comentó- violencia en esos estados y el desplazamiento geográfico, por tanto, se produjo incentivos para la formación de grupos más pequeños dispuestos a disputar el negocio, el cual no desapareció ni se redujo, por el contrario, se fragmentaron en nuevas bandas dispuesta a controlar por cualquier medio las rutas libres.

⁶⁴ ROSEN, Jonathan Daniel; ZEPEDA MARTINEZ, Roberto. La guerra contra el narcotráfico en México: una guerra perdida. Reflexiones, San Pedro de Montes de Oca , v. 94, n. 1, p. 153-168, June 2015 . Vease en: www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1659-28592015000100153&lng=en&nrm=iso.

⁶⁵ Baja California (Tijuana), Chihuahua (Juárez), Frontera Sur (Istmo), Guerrero, Michoacán, Sinaloa (Culiacán-Navolato), Triángulo Dorado (Chihuahua-Sinaloa-Durango) y Noreste (Nuevo León-Tamaulipas). Atuesta Laura H., "Militarización de la lucha contra el narcotráfico: operativos militares como estrategia para el combate del crimen organizado", Capítulo IV, Las violencia. En busca de la política detrás de la guerra contra las drogas, CIDE, 2018.

En cuanto a cambios legislativos se reformaron y adicionaron artículos en diversos sectores, en salud, prevención, seguridad pública y en materia penal que sentaron las bases para marcar la actual política de drogas en el país.

La primera transformación sustantiva del marco normativo que arrojó la política de drogas durante ese sexenio fue la reforma constitucional en materia de seguridad pública y justicia penal de 2008.

La reforma constitucional en relación con la política de droga dio sustento a la creación y reformas de leyes secundarias, la instauración de nuevas figuras procesales, el otorgamiento de nuevas facultades a ciertas autoridades (ministerio público) así como la inclusión de un régimen especial para la delincuencia organizada.⁶⁶ El problema con la creación de este régimen es que se alejó de los objetivos del nuevo sistema de justicia penal, fomentó la discrecionalidad en la actuación de las autoridades responsables y la opacidad en el proceso, a través de la reducción de derechos fundamentales y garantías de los acusados.⁶⁷

La segunda modificación y la más importante que influyó en la actual política de drogas fue la llamada Ley de Narcomenudeo de 2009, la cual consistió en una serie de reformas y adiciones a la Ley General de Salud, al Código Penal Federal y al Código Federal de Procedimientos Penales —actualmente Código Nacional de Procedimientos Penales—. De acuerdo con la exposición de motivos expresada por el Congreso⁶⁸ fue que México había dejado de ser un país de producción y de paso de sustancias, para convertirse en un país de venta al menudeo y de consumo ilícito de las mismas por lo que...

⁶⁶ La reforma constitucional en relación a la política de drogas no sólo giró entorno al régimen especial de delincuencia organizada, sino que también influyeron otras estrategias gubernamentales en el desarrollo de la misma, como: las formas de terminación anticipada del proceso siempre y cuando no hubiera oposición por parte del inculcado (fracción VII del apartado A del artículo 20), el otorgamiento de nuevas facultades a la policial federal para participar en la investigación de delitos, así como la atribución del Ministerio Público en considerar criterios de oportunidad para el ejercicio de la acción penal, en los supuestos y condiciones que fija la ley” (al artículo 21 Constitución).

⁶⁷ Madrazo Lajous, Alejandro, “Impacto de la política de drogas 2006-2012 en la legislación federal”, Cuaderno de trabajo del monitor del Programa de Política de Drogas México, México, Centro de Investigación y Docencia Económicas Régimen Centro (CIDE), 2014, p.12.

⁶⁸ Diario Oficial de la Federación, Decreto por el que se reforma, adiciona y derogan diversas disposiciones de la Ley General de Salud, del Código Penal Federal y del Código Federal de Procedimientos Penales, 20 de agosto de 2009, Cfr. http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/proceso/lx/211_DOF_20ago09.pdf, p. 1 y 2. https://www.senado.gob.mx/65/gaceta_del_senado/documento/18154.

*“A fin de eficientar la labor del Estado en materia de combate al narcomenudeo se requiere de reformas legislativas que permitan determinar de manera clara la corresponsabilidad de los gobiernos federal y de las entidades federativas para la prevención y el combate a la posesión, comercio y suministro de narcóticos; la tipificación y sanción de esas conductas delictivas; así como la determinación de mecanismos para el tratamiento médico y programas de prevención para farmacodependientes y no farmacodependientes”.*⁶⁹

De manera que, la reforma tuvo tres grandes vertientes, por una lado, expandió la normatividad en materia de salubridad general basada en la atención al consumo y a la farmacodependencia (artículo 3, fracción XXIII de la Ley General de Salud); se tipificaron nuevas conductas en la Ley General de Salud como el delito de narcomenudeo, adicionando un capítulo entero denominado “delitos contra la salud en su modalidad de narcomenudeo” (propuesto anteriormente y vetado por el ex presidente Vicente Fox) y, por otra parte, se despenalizó el consumo y se propuso una tabla de dosis permitidas.

Durante el sexenio del ex presidente Enrique Peña Nieto (2012-2018) se continuó haciendo uso de las fuerzas armadas y policiacas para eliminar y reducir el cultivo, la fabricación, la distribución y la venta de sustancias psicoactivas. No obstante, el 21 de abril de 2016, ocurrió un suceso importante para la política de drogas en el país, ya que se presentó una iniciativa de reforma a la Ley General de Salud y al Código Penal Federal para permitir en el país el uso medicinal y científico del cannabis, así como la despenalización de la posesión para uso personal, de hasta 28 gramos de marihuana, con la finalidad de que los consumidores que se encontraban presos o sujetos a procesos pudieran obtener su libertad.⁷⁰ En 2017, la iniciativa fue aprobada solo en parte, se permitió el uso medicinal del cannabis y del cultivo con fines de investigación.⁷¹ Empero, al no expedirse los reglamentos de regulación para otorgar licencias, en la práctica sigue siendo ilegal estas conductas.

⁶⁹ Ibidem

⁷⁰ Secretaría de Gobernación, Decreto por el que se reforman y adicionan diversas disposiciones de la Ley General de Salud y Código Penal Federal, DOF del 19 de junio de 2017. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?-codigo=5487335&fecha=19/06/2017.

⁷¹ Se adiciona el artículo 235 BIS a la Ley General de Salud y reforma los preceptos 237, 245 y 290 de esta legislación. Asimismo, modifica el artículo 198 del Código Penal Federal.

Actualmente, hay una iniciativa de ley en el Senado para regular la producción, venta y consumo de cannabis, presentada por la nueva administración de gobierno. Según expertos consultados por el país estiman que dicha norma pueda concretarse a finales de 2019,⁷² mientras tanto, se continúan con operativos conjuntos para combatir el tráfico de drogas.⁷³

1.4. Efectos de las políticas de drogas en cifras y situación actual

Como se comentó en los apartados anteriores, la política pública en materia de drogas gira en torno a un marco prohibicionista y punitivo no sólo en México sino en otras partes del mundo, y, aunque existen algunos países que han optado por nuevas medidas de regulación, la prohibición sigue siendo la estrategia predilecta para controlar la oferta y la demanda.

Partiendo de este punto de vista, las acciones implementadas por los gobiernos en los últimos años han producido efectos negativos no solo en el ámbito económico sino también en lo social y cultural. Retomando, el Informe Mundial sobre Drogas de 2008, dichas consecuencias son: la creación de mercados ilícitos, el desplazamiento geográfico, la sustitución de sustancias por otras, el aumento de penas como el encarcelamiento y la criminalización de usuarios. El presente estudio se enfoca en estas dos últimas consecuencias, porque son el sustento como veremos más adelante de las cortes de drogas: buscar mecanismos que hagan frente a la problemática de criminalización de usuarios y la falta de acceso a tratamiento, y a la tasa alta de criminalización de personas por delitos menores relacionados con drogas. Por consiguiente, se describen algunos datos sobre el panorama epidemiológico de consumo en las Américas y en México y la tasa de encarcelamiento por delitos de drogas.

1.4.1. Datos de consumo en las Américas y en México

De acuerdo con el informe de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD, de ahora en adelante) de 2019, el alcohol es la sustancia psicoactiva

⁷² Ferri, Pablo, "López Obrador da el primer paso para legalizar la marihuana en México" periódico El país, México, 2018, https://elpais.com/sociedad/2018/11/08/actualidad/1541703169_826334.html.

⁷³ Nájjar Alberto, "Ya no hay guerra contra el narco: la declaración de AMLO que desata polémica en México" BBC New Mundo, México, 2019, <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-47082267>.

más usada en el mundo y se estima que en las Américas el consumo total per cápita es mayor al promedio mundial. La última información reportada por la Organización Mundial de la Salud, indicó que en las Américas el alcohol estuvo relacionado con más de 300,000 muertes; 80,000 de ellas el consumo de alcohol fue el detonante.⁷⁴

De acuerdo a las gráficas que presenta el informe, el consumo de alcohol entre la población adulta-joven de 18 a 34 años la prevalencia es más alta que entre adolescentes (12 a 17 años) y adultos (35 y 64 años).⁷⁵

Los países con mayor prevalencia de consumo de alcohol en la población en general son Estados Unidos, Argentina, Uruguay, Chile, Venezuela, Las Bahamas y Jamaica. México aproximadamente ronda entre el 15% y el 48% de consumo de alcohol en la población en general. El porcentaje de personas con consumo problemático de alcohol entre 2013-2017 muestra que el problema es mayor en hombres que en mujeres (Panamá, Guyana, Colombia, Argentina, Chile, Uruguay, Jamaica y Las Bahamas, en México el porcentaje no se encuentra especificado) sin embargo en algunos de ellos se observa que el consumo problemático de alcohol va aumentando en la población femenina.

La CICAD (2015) reporta en cuanto a otras drogas (cannabis, Inhalables, cocaína, drogas sintéticas, y medicamentos de prescripción controlada (MPC)) lo siguiente:

El uso del cannabis aumentó en ocho de los once países en la población estudiante de enseñanza secundaria, de igual forma hubo un incremento en al menos seis de los siete países en la población general.⁷⁶ No obstante, la percepción general del riesgo asociada al consumo de cannabis está disminuyendo.

⁷⁴ Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD), Secretaría de Seguridad Multidimensional (SSM), y Organización de los Estados Americanos (OEA), Informe Sobre el Consumo de Drogas en las Américas, 2019, Capítulo 1 Alcohol, <http://www.cicad.oas.org/main/pubs/Informe%20sobre%20el%20consumo%20de%20drogas%20en%20las%20Am%C3%A9ricas%202019.pdf>, p.8.

⁷⁵ Idem, p. 11

⁷⁶ Informe sobre el consumo de drogas en las Américas 2019. Para mayor información véase en http://www.cicad.oas.org/Main/Template.asp?File=/oid/pub_spa.asp, pp.98 a la 147. De acuerdo a la prevalencia del último año, en América del Norte el consumo de marihuana se encuentra en torno al 14% en Canadá y los Estados Unidos y es de un 2% en México. En América del Sur Chile presenta un consumo de marihuana del 14,5%, mientras que en Argentina y Uruguay es menor al 10%. Entre los países del

En cuanto al uso inhalantes (solventes, aerosoles, gases y nitritos) la prevalencia de consumo en el último año en la población general es relativamente más baja a comparación de otras drogas. Los países con mayor consumo son Belice (1%), Barbados (0,8%), Estados Unidos (0,6%) Bolivia (0,3) y México (0,2%). Sé percata que el uso ocasional de esta droga es casi igual entre hombre y mujeres.⁷⁷

De acuerdo a las estimaciones mundiales de las Naciones Unidas en 2017, aproximadamente unos 17 millones de personas ente 15 y 64 años de edad declararon haber usado cocaína durante el último año, lo que indica una prevalencia mundial del 0,35%. A nivel global ocupa el cuarto lugar dentro de las drogas más comúnmente consumida. En las Américas, 8,5 millones de personas aceptaron haber consumido esta sustancia en el último año, el porcentaje representa la mitad de personas a nivel mundial. En América del Norte y en gran parte de América Latina y el Caribe ocupa el segundo lugar de la demanda de tratamiento por problemas.⁷⁸ Con respecto a México, la tendencia por sexo muestra que el consumo de esta droga aumentó y sigue siendo más popular entre hombres que mujeres.⁷⁹

Los estimulantes de tipo anfetamínico (ETA) son las drogas sintéticas más consumidas en todo el mundo. Este grupo está compuesto por éxtasis, anfetaminas y metanfetaminas y ocupan un lugar destacado en los mercados de drogas ilícitas en América del Norte y América Central. El uso recreativo se ha popularizado sobre todo en Canadá y Estados Unidos alcanzando una tasa de 0,9%, por arriba de los datos de consumo de otros países como Belice que tiene una tasa de 0,5%, Costa Rica y Uruguay

Caribe Jamaica destaca con un registro del 15,5%, seguido de Barbados donde el consumo es levemente inferior al 8%. La prevalencia del último año de consumo de marihuana más baja se observa en Ecuador, Panamá, Paraguay y República Dominicana, con tasas inferiores al 1%.

⁷⁷ *ibidem*, p.118 a la 121.

⁷⁸ *ibidem*, p.141. El consumo de cocaína está muy extendido en todo el hemisferio y sus subregiones. El gráfico 5.1 del informe muestra la prevalencia del último año de consumo de cocaína por país y subregión. Once países, incluidos los cuatro países del Caribe de los que se dispone de información, la mitad de los países de América del Sur y dos países de América Central muestran una prevalencia del último año de menos del 0,5%. Los Estados Unidos tienen el nivel más alto de consumo de cocaína, con una prevalencia del 1,9%, seguido por Argentina y Uruguay (1,6%) y Canadá (1,5%). México, Costa Rica, Belize, Chile, Brasil, Colombia y Venezuela están en un rango intermedio de consumo de cocaína (más de 0,5% a 1,1%). Es importante considerar que la población de referencia para Canadá y Uruguay comienza a los 15 años, lo que podría resultar en mayores tasas de consumo.

⁷⁹ *ibidem*, p 143. El consumo de cocaína en México pasó de 0,7% en 2002 a 1,4% en 2016 entre los hombres, y de menos del 0,1% en 2008 a 0,2% en 2016 entre las mujeres.

con el 0,4%, Argentina con el 0,3%, Barbados con el 0,3% y Costa Rica con el 0,2%. En cuanto a la tasa de consumo en población en general, México no arrojó datos, sin embargo, especificó que el consumo de éxtasis entre estudiantes de secundaria varía de 0,5% a 1,8%. (2014).

En relación al consumo de Anfetaminas (incluye también metanfetaminas) en población general, siete países, entre ellos México informaron que “alguna vez en la vida” habían consumido.⁸⁰ Entre estas naciones se destaca que el mayor consumo se encuentra en Estados Unidos con una prevalencia de vida del 5,4%, seguido de México con el 0,9%, Chile con una tasa de 0,1%, Costa Rica y Uruguay con el 0,2%.

Por último, el informe señala que el consumo de medicamentos de prescripción controlada (MPC) ya sea con prescripción médica o sin ella, son las sustancias que más utilizan los estudiantes después del alcohol y la marihuana. Dentro de los medicamentos con prescripción controlada más comunes se encuentran los barbitúricos, las benzodiacepinas y los medicamentos para dormir. Por ejemplo, la prevalencia del último año de consumo de tranquilizantes en la población general sin prescripción médica más alta oscila entre 1,5% y el 2,2% en países como Estados Unidos, Costa Rica, Uruguay, El Salvador, Bolivia y Chile. Por otro lado, México, Canadá, Guyana, Jamaica y las Bahamas sus porcentajes son inferiores al 0,5%.⁸¹

En conclusión, el uso de drogas en el continente americano ha incrementado paulatinamente en lo que respecta de 2004 a 2017, se observa que el consumo de sustancias empieza desde edades cada vez más tempranas. El alcohol, la marihuana y la cocaína son las sustancias más utilizadas por el sector poblacional, no obstante, se percata que el uso de otras drogas se ha popularizado también. Se necesita que los países revalúen sus políticas, ya que las actuales no está produciendo los resultados que se proponen.

⁸⁰ *Ibidem*, p. 241. En América del Norte se observa una prevalencia del consumo “alguna vez en la vida” del 3,2% en Canadá, seguido de México con el 0,4%. Costa Rica es el único país de América Central que reportó consumo de anfetamina en la población general, el registro es del 0,02%. En América del Sur Chile informó una prevalencia de vida del 1,2%, seguido de Uruguay con el 0,4%, Bolivia con el 0,1% y Ecuador que informó una gráficamente ilegible tasa de consumo solo entre los hombres. En todos los países los registros informados son más altos entre los hombres que entre las mujeres.

⁸¹ Informe sobre el consumo de drogas en las Américas 2019. Para mayor información véase en http://www.cicad.oas.org/Main/Template.asp?File=/oid/pub_spa.asp, p.251.

1.4.1.1. Datos de consumo de drogas en México

Desde la década de los setenta se han realizado encuestas para conocer el panorama epidemiológico del consumo de drogas en el país, la última encuesta que levantó el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) y el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM) fue la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017 (ENCODAT), la cual fue citada en el informe sobre la situación de salud mental y el consumo de sustancias psicoactivas México en 2021.⁸²

Cabe mencionar que se hace uso de estos datos con la finalidad de resaltar los resultados que ha tenido y tiene la actual política de drogas y de salud en México. Hay que recordar que el monitoreo de las tendencias en el uso de sustancias psicoactivas es una de los medios más usados para evaluar el impacto de las mismas.

En este sentido, los resultados obtenidos de la ENCODAT 2016-2017 son los siguientes:⁸³

- Existe una prevalencia de consumo de cualquier droga en el último año, entre la población de 12 a 65 años, aproximadamente 2.5 millones de personas consumieron cualquier droga ya sea sustancias con prescripción médica o sustancias ilegales (tales como Marihuana, Cocaína, crack, inhalables, etc.),
- El consumo de cualquier droga “alguna vez en la vida” aumentó entre el 2011 y 2016 al pasar de 7,8% a 10,3%. En cuanto a drogas ilegales paso de un 12,5% a 15,8%.
- La tasa de consumo de cualquier droga, para ambos sexos aumentó. En hombres incrementó de 13% a 16,2% (cualquier droga) y de 12,5% a 15,8% para drogas ilegales. En mujeres aumentó el consumo (para cualquier droga) de un 3% a un 4,8%, y en drogas ilegales de 2,3% a 4,3%. La tendencia de uso de sustancias

⁸² Comisión Nacional contras las Adicciones, Informe sobre la Situacin de la Salud Mental y el Consumo de Sustancias Psicoactivas en México, 2021, https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/648021/INFORME_PAIS_2021.pdf

⁸³ Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017 (ENCODAT), p. 21, 47-55, 66-73, y 74.

psicoactivas sigue siendo mayor en hombres que en mujeres, aunque el crecimiento en el último sector poblacional fue más rápido.

- 0,6% de la población ha reportado en el último año presentar un problema de uso dependiente de sustancias (1,1% en hombre y 0,2% mujeres). La diferencia de porcentajes entre ambos sexos es más evidente entre la población de 18 y 34 años (hombres 2% y mujeres 0,3%).
- La sustancia de mayor consumo es la marihuana (10,6%; 12,9% en los hombres y 8,4% en las mujeres), seguida de los inhalables (5,8%; 5,9% hombre y 5,8% mujeres) y los tranquilizantes (3,7%; 3,2% hombres y 4,3% en las mujeres); en los hombres, el consumo de cocaína (4,2%) fue mayor que el de los tranquilizantes.
- Los estados con las prevalencias de consumo alguna vez de cualquier droga significativamente mayores al promedio nacional (17,2%) fueron: Ciudad de México, Quintana Roo, Estado de México, Jalisco y Chihuahua.
- El consumo de marihuana está por arriba del promedio nacional (10,6%) en la Ciudad de México (18,2%), Quintana Roo (14,6%), y en el Estado de México (13,8%). En relación al consumo de cocaína el promedio es de 3,3% los estados que rebasaron el promedio fue la Ciudad de México (5,2%) y el estado de Quintana Roo (4,7%).

Por otra parte, el informe sobre la situación de salud mental y el consumo de sustancias psicoactivas en México, establece que, en 2020, 101,142 personas solicitaron tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas en los Centros de Integración Juvenil (CIJ), Centros de Atención Primaria en Adicciones (CAPA) y Centros No Gubernamentales. De dichas solicitudes se detectaron que los estimulantes de tipo anfetamínico (ETA)⁸⁴ son las sustancias con mayor demanda, seguida del alcohol y la marihuana. Por lo que, se visualiza un notable incremento de uso y consumo de sustancias de tipo anfetamínico a diferencia de otros años.⁸⁵

⁸⁴ Incluye anfetaminas, metanfetaminas, éxtasis o estimulante de uso médico.

⁸⁵ Comisión Nacional contras las Adicciones, Informe sobre la Situacin de la Salud Mental y el Consumo de Sustancias Psicoactivas en México, 2021, https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/648021/INFORME_PAIS_2021.pdf

1.4.2. Criminalización y encarcelamiento en cifras

El uso exacerbado del derecho penal para responder al fenómeno de las drogas es una de las principales causas de la crisis de encarcelamiento que presenta la mayoría de los países americanos.

La imposición de penas privativas de la libertad para sancionar toda clase de conductas relacionadas con drogas resulta desproporcionada en sentido utilitario, los costos invertidos para reducir cualquier tipo de consumo no compensan con los pocos beneficios que se han reportado. Lejos de aminorar el problema, ha producido estigma y vulneración de derechos fundamentales.

De acuerdo con el estudio del Colectivo de Estudios Drogas y Delitos (CEDD, en adelante) de 2017, el continente americano tiene el mayor número de personas encarceladas por delitos de drogas a nivel global. *“Alrededor de 51 personas por cada 100 mil habitantes está encarcelada por estos delitos, en comparación con 28 por cada 100 mil en el mundo”*.⁸⁶.

De igual forma, el Estudio del CEDD, muestra cifras sobre el número total de población penitenciaria; y la tasa de personas encarceladas por drogas. A continuación, solo se extraen algunos datos del cuadro 1 del estudio en cita.⁸⁷

	Población carcelaria (último año reportado)
Argentina	69,060
Brasil	659,020
Colombia	119,269
México	233,469
Perú	68,858
Estados Unidos	2,145,100

⁸⁶ Chaparro Sergio, Pérez Correa Catalina y Younger Coletta, “Sobredosis carcelaria y política de drogas en América Latina”, Colectivo de Estudios Drogas y Derecho (CEDD), México, 2017, Para mayor información consúltese : el Colectivo de Estudios Drogas y Delitos (CEDD), <https://www.drogasyderecho.org/wpcontent/uploads/2017/12/SobredosiscarcelariaypoliticadedrogasenAméricaLatina.compressed.pdf>

⁸⁷ *ibidem*, p. 28.

	Población carcelaria (último año reportado)
Total	3,294,776

Fuente: Elaboración propia. Datos extraídos del Colectivo de Estudios Drogas y Delitos (CEDD, 2017).

El encarcelamiento por drogas representa una cantidad bastante considerable en cuanto a la población total penitenciaria, entre un 10% y 28%, lo cual la ubica entre la segunda y la cuarta causa de mayor encarcelamiento en esos países.

De acuerdo a los datos del último Censo Nacional de Gobierno, Seguridad Pública y Sistema Penitenciario Estatales 2018, en 2017, los estados informaron que se encuentran recluidos 14,253 personas por delitos contra la salud, divididos de la siguiente forma:⁸⁸

Delitos contra la salud sancionados en centros estatales (fuero local):

Delitos	Número de personas encarceladas
Posesión simple de narcóticos	6,574
Posesión con fines de comercio o suministro	3,102
Comercio de narcóticos	640
Suministro de narcóticos	248
Otros delitos en su modalidad de narcomenudeo	2,996
Delitos contra la salud relacionados con drogas en su modalidad de narcomenudeo no especificado	390
Producción	0
Transporte	0
Tráfico	0

⁸⁸ INEGI, Censo Nacional de Gobierno, Seguridad Pública y Sistema Penitenciario Estatales 2018, p.12 y 13, https://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/consulta/general_ver4/MDXQueryDatos.asp?#Regreso&c=.

Delitos	Número de personas encarceladas
Comercio de narcóticos	75
Suministro de narcóticos	1
Posesión de narcóticos	54
Otros delitos federales contra la salud relacionados con narcóticos	67

Fuente elaboración propia, datos extraídos del Censo Nacional de Gobierno, Seguridad Pública y Sistema Penitenciario Estatales 2018, en 2017.

Por otra parte, de acuerdo con el Censo Nacional de Sistema Penitenciario Federal y Estatal de 2022, se registró que los delitos federales contra la salud relacionados con narcóticos ocupan el tercer lugar de detenciones e internamiento en los centros penitenciarios con una cantidad de población aproximada de 2,485. En el caso de las mujeres privadas de su libertad a nivel federal se observa que los delitos cometidos con mayor frecuencia son los delitos federales contra la salud relacionados con narcóticos (149 mujeres detenidas) y en su modalidad de narcomenudeo (76 mujeres detenidas). A nivel estatal se reportaron 1,160 mujeres detenidas por delitos contra la salud relacionados con narcóticos en su modalidad de narcomenudeo.⁸⁹

1.4.3. Situación actual de las políticas de drogas

La prohibición y punición, como política, ha fracasado en su propósito de “proteger la salud y el bienestar de la humanidad” (objetivo general de las convenciones internacionales de drogas). La prevalencia de uso y consumo problemático de drogas no ha disminuido, por el contrario, se estima que va en aumento y con ello también el uso indiscriminado del derecho penal, que se ha convertido en una fuente de discriminación y mayores riesgos contra usuarios de drogas. En consecuencia, a los problemas presentados, varios Estados miembros de la Organización de los Estados Americanos han buscado alternativas al encarcelamiento, ya que las cárceles están sobrecapacitadas

⁸⁹ INEGI, Censo Nacional de Sistema Penitenciario Federal y Estatales 2022, file:///Users/carloshugoriosgalvez/Desktop/cnsipef_2022_resultados.pdf

de personas que por su condición vulnerable fueron más susceptibles en caer en el sistema penal.

De acuerdo al Informe sobre el Problema de las Drogas en las Américas, realizado por la Organización de los Estados Americanos (OEA) establece que:⁹⁰

“El aumento de la población carcelaria por delitos relacionados con drogas está relacionada con una tendencia positiva al aumento progresivo de actividades prohibidas, así como con la duración de las penas en materia de drogas. También es el resultado de que muchos infractores menores relacionados con las drogas hayan entrado al sistema de justicia penal en muchos países”.

Por otro lado, la aplicación de un enfoque punitivo y represivo ha generado que personas con uso problemático de sustancias psicotrópicas se abstengan a solicitar información, acudir a los servicios de salud pública y a programas de prevención y tratamiento, por miedo a que se les señale y discrimine, se les detengan, encarcele o sean sometidos a tratamiento en contra de su voluntad.

Bajo estas perspectivas desde 2010 la CICAD, ofrece e impulsa una serie de alternativas al encarcelamiento para delitos relacionados con las drogas, especialmente por posesión para consumo. Algunas de estas alternativas son la descriminalización de ciertas conductas de la ley penal, la suspensión de sanciones penales al consumo y la adopción de sanciones administrativas, así como la derivación de estos casos al servicio de tratamiento y educación, entre otras.⁹¹

Estas medidas alternas, bajo la visión de la CICAD, tienen como eje central la salud pública e individual, la no estigmatización de consumidores de drogas y el reconocimiento de derechos humanos a drogodependientes. Puesto que se ha comprobado que el encarcelamiento de usuarios con problemas de drogas no alivia el problema, sino que contribuye al ciclo haciendo una puerta giratoria al sistema judicial, arresto, proceso, encarcelamiento, puesta en libertad y reincidencia delictiva, es por esta

⁹⁰ Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD), Informe sobre Alternativas al Encarcelamiento, http://www.cicad.oas.org/fortalecimiento_institucional/dtca/publications/InformeSobreAlternativasEncarcelamiento_SPA.pdf , p. 13.

⁹¹ Ibidem, p. 26.

misma razón, que cada vez más países buscan alternativas para solucionar o en su defecto reducir un poco la demanda y las consecuencias negativas que ello implica.⁹²

En ese sentido, las alternativas al encarcelamiento pueden agruparse en cuatro categorías dependiendo de la etapa del procedimiento judicial en la que operen. El informe de la UNODC sobre alternativas al encarcelamiento en relación con delitos de drogas hace referencia a las siguientes medidas:⁹³

- a) Medidas que limitan el ámbito del sistema de justicia penal
- b) Medidas anteriores al juicio y a la sentencia
- c) Medidas de sentencia y pena sustitutiva del encarcelamiento
- d) Medidas que implican una excarcelación anticipada

Este trabajo se enfoca en las medidas que limitan la entrada al sistema de justicia y en las alternativas al juicio o sentencia.

- a) Medidas que limitan la entrada al sistema judicial penal

Como su nombre lo indica, reducen la posibilidad de que un sujeto con problema de drogas corra el riesgo de enfrentar una pena privativa de la libertad por su condición. Entre ellas encontramos: 1) la despenalización de ciertas conductas (consumo y posesión de drogas para uso personal); 2) la descriminalización de cierta conducta, que permite la eliminación de una infracción penal leve sin un proceso judicial (sanción monetaria o suspensión de la licencia de conducir, por mencionar algunos) bajo la condición de que la persona se someta a tratamiento; 3) mecanismos de derivación policial, en respuesta de una conducta criminal que generalmente podría ser sancionada con la reclusión, pero en su defecto la persona puede ser derivada a un sistema administrativo de seguimiento, ya sea, a tratamiento o a otras medidas no punitivas, como medidas educativas, de vivienda y trabajo.⁹⁴

- b) Medidas anteriores al juicio y a la sentencia

⁹² Para mayor información consulte el informe técnico sobre alternativas al encarcelamiento de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD), Op. cit., p. 26-27

⁹³ *ibidem*. p. 23.

⁹⁴ Un ejemplo de estos mecanismos son las “Comisiones de Disuasión” en Portugal.

Estas alternativas operan por lo general durante la fase intermedia en el proceso penal (varía entre países), entre la etapa de acusación y la de preparación a juicio. En México se conocen como Mecanismos Alternativos de Solución a Controversias, tienen como finalidad poner fin a la pretensión punitiva mediante procedimientos basados en la reparación de daño. De manera general consiste en que el Fiscal del Ministerio Público “*deja a un lado la acción pública para disponer de medidas diversas al juicio penal tradicional: como son los criterios de oportunidad, acuerdos reparatorios, suspensión condicional del proceso*”.⁹⁵

Dentro de estas alternativas encontramos la implementación de programas de rehabilitación como condiciones a cumplir llamados “Tribunales de Tratamiento de Drogas”, o conocidos como “Cortes de drogas” en los Estados Unidos. Otro ejemplo es el modelo *Back on track (de vuelta al camino)*, *Right Living House (Estados Unidos)* y cortes comunitarias implementado en Canadá, Reino Unido y Estados Unidos.

Hoy en día, son cada vez más los países que se unen a la tendencia de reducción de la demanda a través de mecanismos de prevención y tratamiento, México no es la excepción, es por eso que en el siguiente capítulo se hablará del modelo implementado en el territorio nacional llamado modelo de programas de justicia terapéutica para personas con consumo de sustancias psicoactivas, o bien, cortes de drogas.

CAPÍTULO II

⁹⁵ Neuman, Elías, Mediación penal... en Champo, Sanchez Nimrod Mihael, “Justicia restaurativa su injerencia en el proceso penal”, Universidad Autónoma de Chiapas, México, 2017, p.247

CORTES DE DROGAS EN EL SISTEMA PENAL MEXICANO

Las Cortes de drogas o Tribunales de Tratamiento de Drogas, bajo el marco teórico de la Justicia Terapéutica, son un modelo que se ha desarrollado y adoptado en diversas partes del mundo, como en el Norte de América (Estados Unidos, Canadá y México), en América Latina (Argentina, Chile, Colombia, Costa Rica, Panamá, entre otros), en el Caribe (República Dominicana, Las Bermudas, Jamaica, Islas Caimán, Trinidad y Tobago, Barbados, Belice), en Europa (Reino Unido) y Oceanía (Australia y Nueva Zelanda).⁹⁶ No existe un marco internacional que fundamente como tal dicho modelo, por lo que los parámetros pueden variar de un lugar a otro. No obstante, todas se caracterizan por estar bajo un régimen penal.

Actualmente el término Cortes de Drogas tiene muchas denominaciones — depende del país en el que se desarrolle —, por lo que, al referirnos a Tribunales de Tratamiento de Drogas, Tribunales de Tratamiento de Adicciones, Programas de Tratamiento de Uso de Drogas bajo supervisión judicial, Programa de Justicia Terapéutica se estará haciendo uso del concepto como sinónimo.

En el presente capítulo, se presenta el componente teórico de los Programas de Justicia Terapéutica o TTA. Se describen los antecedentes históricos del modelo de Tribunales de Tratamiento de Adicciones a nivel internacional y nacional, se explica de manera detalla su concepto, objetivos, componente, funcionamiento y aplicación dentro del sistema penal, se acentúa el contexto legal de aplicación y el rol de las autoridades que participan en el desarrollo del modelo. Para finalizar este capítulo, se mencionaron algunas desventajas y críticas de implementar este modelo desde un enfoque penal y no de salud y las repercusiones que se presentan las personas consumidoras.

2.1. Antecedentes Internacionales del modelo de Cortes de Drogas

Las Cortes de Drogas o Tribunales de Tratamiento de Adicciones (TTA) se presentan como una alternativa al encarcelamiento y medio de reinserción social para personas en conflicto con la ley por delitos relacionados con el uso y consumo de sustancias

⁹⁶ Tribunales de tratamiento de drogas en las Américas, informe elaborado por el Programa Drogas, Seguridad y Democracia, 2018, https://s3.amazonaws.com/ssrc-cdn1/crmuploads/new_publication_3/tribunales-de-tratamiento-de-drogas-en-las-americas.pdf, p.5.

psicoactivas. Su objetivo de acuerdo con la Comisión Interamericana para el Control de Abuso de Drogas (CICAD), es disminuir la criminalidad y sobrepoblación penitenciaria mediante tratamiento y supervisión judicial del mismo, pues funcionan bajo la premisa de que evitando la privación de la libertad hacia consumidores se contribuye a prevenir y reducir el delito y la reincidencia.

El modelo tiene sus raíces en Estados Unidos en la década de los ochenta y a principios de los noventa y en los últimos años se ha expandido en varios países del mundo.⁹⁷ Quienes proponen y fomentan el modelo de Cortes de Drogas aseguran que tiene una relación costo-beneficio mayor que el encarcelamiento, ya que, en vez de recluir a una persona dependiente en un centro de reinserción social por la comisión de un delito no grave tiene la opción de llevar tratamiento de rehabilitación (ya sea ambulatorio o residencial) como alternativa a la prisión, el mantenimiento en costos económicos es menor y, a la larga, reducen la reincidencia delictiva.⁹⁸ No obstante, estudios recientes han encontrado que es debatible dicha afirmación, puesto que en algunas ocasiones puede resultar más costosa para el Estado y con efectos anti-terapéuticos para los participantes (comentario que se describirá más adelante).

El surgimiento de estos tribunales o Cortes de Drogas, según Bruce J. Winick, es ateorico, es decir, no existe una teoría que respalde la aplicación práctica de los mismos. Sin embargo, alude al término de Justicia Terapéutica y al modelo de cortes de resolución de problemas (*solving courts*) como posibles fundamentos teóricos de la mayoría de los Tribunales de Tratamiento de Drogas, su objetivo es buscar alternativas para lograr la reinserción social.⁹⁹

El concepto Justicia Terapéutica (*TJ*, por sus siglas en inglés), fue propuesto por primera vez en 1987 por David Wexler, profesor de Derecho de la Universidad de Arizona y de la Universidad de Puerto Rico, en un artículo publicado por el Instituto Nacional de

⁹⁷ Canadá, Reunido Unido, Irlanda, Escocia, Bélgica y Nueva Zelanda, en América Latina (Chile, Costa Rica, Argentina, República Dominicana, Panamá, México) y el Caribe, entre otros.

⁹⁸ Social Science Research Council, Tribunales de Tratamiento de Drogas en las Américas, Informe elaborado por el Programa Drogas, Seguridad y Democracia, 2018. p.,1.

⁹⁹ Winick J. Bruce, "La Justicia Terapéutica y los Juzgados de Resolución de Conflictos" en Ramírez Jiménez, Brenda, "Tribunales de Tratamiento de Adicciones: una alternativa para lograr una verdadera reinserción social en el Distrito Federal", México, Unam, 2015.

Salud Mental de los Estados Unidos. El término nació de estudios psicológicos realizados a pacientes reclusos en clínicas bajo la aplicación de uno de los estatutos del estado de Arizona, en el que se establecía el apoyo económico por parte del gobierno para todos aquellos que hubieran sido remitidos por el tribunal a hospitales.

Esto generó dos situaciones, por un lado, la norma servía como un incentivo para que individuos fueran hospitalizados de manera involuntaria y por otro, un medio represivo para los pacientes voluntarios; pues se propuso como “ayuda” que estos fueran al igual que los involuntarios referidos por una autoridad judicial, ocasionando que las condiciones y exigencias del tratamiento, así como las disposiciones legales del hospital fueran más estrictas para los voluntarios que si podían pagar.

Debido a lo anterior, Wexler propuso que las disposiciones legales de los hospitales deberían de aplicarse de manera terapéutica y no anti-terapéutica para todos aquellos pacientes voluntarios e involuntarios remitidos por un tribunal. El cual consistió en implementar una serie de elementos que deben de cumplir los prestadores de servicios médicos para que el paciente comprenda de forma clara el contenido del tratamiento, comenzando por el lenguaje, el cual debe de ser sencillo y comprensible, evitando la terminología técnica, explicando con detalle cómo debe el paciente afrontar su cumplimiento; así mismo el médico y el personal de las clínicas deben de mostrar una conducta de respeto, empatía, escucha activa y actitud positiva hacia la persona enferma.¹⁰⁰ Este a su vez se compromete adherirse al tratamiento en presencia de familiares o personas de su entorno, ya que fomentan el cumplimiento de este como red de apoyo. Por último, el autor planteó la idea de aplicar el concepto de JT en el ámbito judicial con el objeto de facilitar la terminación del tratamiento por parte de los infractores con problemas mentales en situación de libertad condicional o vigilada.¹⁰¹

Para ello, definió a la Justicia Terapéutica como “*El estudio del rol de la ley como agente terapéutico*”,¹⁰² es decir, el autor centró a la norma jurídica (derecho) como

¹⁰⁰ *Ibidem.*

¹⁰¹ Winick J. Bruce, “La Justicia Terapéutica y los Juzgados de Resolución de Conflictos” en Ramírez Jiménez, Brenda, *Op Cit.*, p., 18.

¹⁰² WEXLER B., David, “Justicia Terapéutica: Una Visión General”, Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada,

responsable de producir consecuencias positivas o negativas en las personas, por lo que se evalúa los efectos e impactos de la aplicación de la ley en el entorno emocional, físico y psicológico de los sujetos a los que afecta.

Esto no quiere decir que la Justicia Terapéutica tenga como visión anteponerse a los objetivos jurídicos que marca las leyes, ser paternalista, coercitiva o un medio de evasión de la misma, sino todo lo contrario, busca ser una meta más en la formación, desarrollo y aplicación del derecho garantizando en todo momento el respeto a la justicia y al proceso legal.

Del mismo modo, Wexler añade que el término “ley” debe entenderse desde dos categorías diferentes como “botellas y vino”. Las botellas son las normas y procedimientos legales, (sistema penal) mientras que “el vino-liquido” son las prácticas y técnicas (roles y comportamientos de los actores legales) de jueces, abogados y policías que participan en los procesos judiciales. Al explicar cada una de estas categorías el autor transmite la necesidad de examinar nuestros “paisajes legales” para ver cuán compatible o no, pueden llegar ser con la JT y cuánto vino de esta puede servirse en las botellas elegidas.¹⁰³

Hoy en día el concepto no se reduce sólo para el área de salud mental, sino también en áreas legales como en el sistema judicial penal, violencia familiar, ley de contrato, recientemente se ha empleado para personas sin hogar, derecho preventivo, comparado y familiar.

Empero, este estudio se enfoca en la implementación del concepto de Justicia Terapéutica en el Sistema Judicial Penal para Personas con Problemas de Uso de Drogas, que traducido se le conocen como Cortes de Drogas o Tribunales de Tratamiento de Adicciones (TTA). A continuación, se exponen sus antecedentes, internacionales y nacionales de dicho programa para después explicar cómo funcionan y cómo se están desarrollando en México.

http://cejfe.gencat.cat/web/.content/home/publicacions/activitats_formatives/prospectiva_criminal_prevenicio_delinquencia05062012/justicia_terapeutica_resum.pdf, 1996, p.1.

¹⁰³ Wexler, David B., “Nuevo vino en nuevas botellas: la necesidad de diseñar un “código” de procesos y prácticas penales desde la perspectiva de la Justicia Terapéutica”, II Congreso Iberoamericano de Justicia Terapéutica, Instituto Nacional de Ciencias Penales (INACIPE), 2014, pp. 1 a 6.

2.1.1. Estados Unidos de América

Las Cortes de Droga surgen en Estados Unidos entre los años ochenta y noventa, como respuesta al incremento acelerado del consumo de sustancia ilícitas como la cocaína, y a la tasa de delitos vinculados con la misma.¹⁰⁴ En este periodo (conocido como “la epidemia del crack”) hubo un gran número de arrestos por consumo, trayendo como consecuencia el aumento de la población penitenciaria por delitos de posesión y uso de drogas. Esto conllevó una excesiva carga laboral de los sistemas judiciales y altas tasas de reincidencia delictiva. Ante esto, el gobierno estadounidense optó por crear alternativas al encarcelamiento para hacer frente al problema de consumo de drogas.

Las Cortes o Tribunales de Drogas “*brindarían una válvula para escapar del ciclo de encarcelamiento-liberación-reincidencia que llenaba las prisiones con consumidores de drogas que cometían faltas menores*”,¹⁰⁵ y a la vez permitirían al sistema de justicia penal enfocar sus esfuerzos en delitos más graves.

Según Bruce J. Winick, el nacimiento de estas cortes o tribunales es a-teórico,¹⁰⁶ pues surge a partir de planteamientos experimentales, que pueden, de acuerdo con el autor, encontrar su fundamento teórico en la justicia terapéutica¹⁰⁷ y en las cortes de resolución de problemas (*solving courts*).

¹⁰⁴ RAMÍREZ HERNÁNDEZ, Tania Tlacaelt “La expansión de los tribunales de drogas en México” Cuadernos de Trabajo del Monitor del Programa de Política de Drogas del CIDE, monitor 21, http://ppd.cide.edu/documents/302668/0/21_CIDE3.pdf, p.9.

¹⁰⁵ Tribunales de tratamiento de drogas en las Américas, informe elaborado por el Programa Drogas, Seguridad y Democracia, p. 13

¹⁰⁶ Bruce J. Winick. Año 2003 “La Justicia Terapéutica y Los Juzgados de Resolución de Conflictos” en Brenda Ramirez Jimenez, Tribunales de tratamiento de adicciones: una alternativa para lograr una verdadera reinserción social, *Op CIt.*, p. 12.

¹⁰⁷ El término surge como un enfoque académico del efecto terapéutico y anti-terapéutico que produce la aplicación del derecho (normas, procedimientos legales y funciones de los actores jurídicos). Se considera a la Justicia terapéutica como fundamento de las cortes de drogas porque diez años más tarde, los jueces de TTD estadounidenses Peggy Hora y William Schma, resaltaron la estrecha relación entre los TTD y la Justicia terapéutica. Véase en: Wexler David y King Michael S., “Promoción de receptividad jurídica y social de la rehabilitación: el rol de la justicia terapéutica”, Tribunales de tratamiento de drogas: una respuesta internacional para infractores dependientes de drogas, Comisión Interamericana para el Control de Abuso de Drogas (CICAD), Secretaria de Seguridad Multidimensional y la Organización de los Estados Americanos (OEA), 2013, p. 21 y 22.

En 1962, la Corte Suprema de los Estados Unidos con el caso *Robinson vs. California* sentó las bases del trabajo inicial para el modelo de cortes de drogas. En dicha sentencia, el Juez Stewart, sostuvo lo siguiente:¹⁰⁸

“Es inusual que en este momento histórico algún estado plantee como delito criminal el que una persona esté enferma mental, sea un leproso o padezca de una enfermedad venérea. Un estado podría determinar qué la salud y el bienestar general exigen lidiar con las víctimas de éstas u otras aflicciones obligándolas a un tratamiento compulsorio que incluya cuarentena, reclusión o aislamiento. Pero, a la luz del conocimiento humano contemporáneo, una ley que convierta en una ofensa criminal una enfermedad así, sin duda sería considerada universalmente como la imposición de un castigo cruel e inusual, en violación de las Enmiendas Octava y Decimocuarta.”¹⁰⁹

La Corte Suprema determinó que la dependencia de sustancias psicoactivas es una enfermedad, la cual debería de ser tratada bajo otros medios distintos al de la prisión; sin embargo, la condición de “dependiente” no excluía (ni excluye) el delito de posesión de drogas ilegales, de manera que, la conducta se podía continuar catalogando como un crimen (delito).

De *Robinson* en adelante, el tratamiento se volvió más aceptable en vez del castigo, de igual forma, influyó tanto en la administración del presidente Nixon (1969-1974) como en la de Carter (1977-1981), a desarrollar otras alternativas al encarcelamiento para las personas en casos de delitos relacionados con el uso de drogas. El juicio *Robinson* sirvió como precedente para demostrar que el sistema de justicia penal estadounidense no estaba funcionando para los usuarios con problemas de uso de drogas, ya que era un

¹⁰⁸ Douglas B. Marlowe, J.D., Ph.D. Judge William G. Meyer, “Manual de Estado Judicial para las Cortes de Drogas”, Trad. Por Dra. Mildred E. Negron, Academia Judicial Puertorriqueña de la Rama Judicial de Puerto Rico, Puerto Rico, 2011
<http://www.ndci.org/sites/default/files/nadcp/DrugCourtJudicialBenchbookespanol.pdf>, p. 5.

¹⁰⁹ Enmienda octava. No se exigirán fianzas excesivas, ni se impondrán multas excesivas, ni se infligirán penas crueles y desusadas. Enmienda decimocuarta, sección 1. Toda persona nacida o naturalizada en los Estados Unidos, y sujeta a su jurisdicción, es ciudadana de los Estados Unidos y del Estado en que resida. Ningún Estado podrá crear o implementar leyes que limiten los privilegios o inmunidades de los ciudadanos de los Estados Unidos; tampoco podrá ningún Estado privar a una persona de su vida, libertad o propiedad, sin un debido proceso legal; ni negar a persona alguna dentro de su jurisdicción la protección legal igualitaria. Tesis,
https://www.constitutionfacts.com/content/constitution/files/USConstitution_Spanish.pdf, p.12

círculo vicioso de arresto-encarcelamiento-liberación y, al poco tiempo, reincidencia delictiva. Algunos autores como Bruce J. Winick decía que *“el sistema de justicia estadounidense representaba una especie de puerta giratoria para los farmacodependientes autores de infracciones penales, quienes entraban y salían de los tribunales y las prisiones”*.¹¹⁰

Lo anterior dio paso para que en la década de los setenta se creara una iniciativa federal para establecer alternativas de tratamiento para el crimen callejero (TASC, por sus siglas en inglés, *Treatment Alternatives to Street Crimes*), con la finalidad de brindar una vía entre los sujetos con problemas de alcohol y otras drogas y el sistema de justicia penal.¹¹¹ Estos programas actuaban como mecanismos de desvío y se diferenciaban de las cortes de drogas, porque sólo se encargaban de la supervisión del tratamiento de los infractores para informar posteriormente a los tribunales sobre los avances logrados. Sin embargo, los problemas de consumo de drogas en el país, así como la tasa de arrestos, encarcelamiento y reincidencia no se redujeron, por el contrario, iban en acenso. Como resultado de esto, para los años ochenta, los jueces optaron por aplicar medidas de acercamiento y seguimiento para la adjudicación de casos, por ejemplo, algunos jueces ordenaban a los usuarios que estaban en tratamiento pruebas de drogas, otros pedían informes de progreso más frecuentes al departamento de tratamiento.¹¹²

En 1989 por orden administrativa del Juez Gerald Weatherington y con ayuda del jefe adjunto (de aquel entonces) Herbert Klein, se creó la primera Corte de Drogas en la ciudad de Miami, Florida. Según Klein, quien coordinó y dirigió el diseño y creación del primer tribunal de drogas, establecía lo siguiente:

“Poner a más y más delincuentes en libertad condicional simplemente perpetúa el problema. Las mismas personas son recogidas una y otra vez hasta que terminan en la penitenciaría del estado y ocupan un espacio que debería usarse

¹¹⁰ Organización de los Estados Americanos (OEA), “Alternativas al encarcelamiento para infractores farmacodependientes y por delitos leves vinculados con drogas”, Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, Estados Unidos, 2000, p. 3 y 4.

¹¹¹ *Ibidem*, p. 3.

¹¹² Douglas B. Marlowe, J.D., Ph. D. y Meyer Judge William G., “Manual de Estrado Judicial para las Cortes de Drogas”, trad. De Negrón Mildred E., la Academia judicial Puertorriqueña de la Rama Judicial de Puerto Rico, 2011, <https://www.ndci.org/sites/default/files/nadcp/DrugCourtJudicialBenchbookespanol.pdf>, p. 5 y 6.

para los delincuentes violentos. El Tribunal de Drogas aborda el problema de frente".¹¹³

Desde la creación de este primer tribunal el modelo se propagó y evolucionó a otros sectores de la población,¹¹⁴ pero todos ellos tenían como objetivos: a) reducir el hacinamiento en los centros penitenciarios; b) disminuir la criminalidad; y c) aminorar la reincidencia en delitos relacionados con el uso problemático de drogas.¹¹⁵

El Modelo de Cortes de Drogas adoptó el concepto de Justicia Terapéutica en 1999, tras un artículo publicado por los jueces Hora, Schmal y Rosenthal. El cual analizaba el movimiento judicial de los tribunales de drogas, el término de Justicia Terapéutica y la aplicación del enfoque en el sistema judicial penal. A partir de esto, el modelo original se amplió, no sólo trataba a adultos dependientes de sustancias ilícitas sino también veía todo tipo de dependencia y todo tipo de consumidores a través de procesos judiciales orientados al tratamiento.¹¹⁶

Actualmente, en Estados Unidos existen aproximadamente más de 2.700 Cortes de Drogas.¹¹⁷ Éstas operan como tribunales especiales cuyo mandato es ocuparse de los casos que involucran a personas con problemas de uso dependiente o problemático de sustancias psicoactivas, ofreciendo a los inculcados la oportunidad de participar en programas de rehabilitación bajo supervisión judicial directa; operan a través de una coordinación entre el departamento de justicia y los prestadores de servicios de salud¹¹⁸

¹¹³ Peggy Fulton Hora, Schma William G. y Rosenthal John T. A., *Therapeutic Jurisprudence and the Drug Treatment Court Movement: Revolutionizing the Criminal Justice System's Response to Drug Abuse and Crime in America*, 74 *Notre Dame L. Rev.* 439 (1999), p. 455.

¹¹⁴ Hitos en relación a los TTD en los Estados Unidos: 1989 surgió el primer TTD en Florida, EE.UU., 1992 se creó el primer programa especializado para mujeres, 1995 se creó el primer TTD para jóvenes, 1995 el departamento de justicia de EE.UU. creó formalmente el programa de TTD. En Droppelman Catalina y Hurtado Paula, *Explicaciones en clases, Lección B, Modelo de los tribunales de tratamiento de drogas*, Curso en línea 2018. Centro de Estudios de la Justicia de las Américas CEJA-JSCA.

¹¹⁵ Martínez Meza, Horacio, "Implementación de tribunales de tratamiento de adicciones en la ciudad de México", Universidad Nacional Autónoma de México, México, 2017, www.bliotecacentradelaunam.mx, p. 79.

¹¹⁶ Peggy Fulton Hora, *et. al.*, "Therapeutic Jurisprudence and the Drug Treatment Court Movement: Revolutionizing the Criminal Justice System's Response to Drug Abuse and Crime in America", *Op. Cit.*, p. 450 y 451.

¹¹⁷ EQUIS, *Justicia para las mujeres, Políticas de drogas, género y encarcelamiento en México: Una guía para políticas públicas incluyentes*, http://equis.org.mx/wp-content/uploads/2018/02/Gu%C3%ADa_Drogas.pdf, p.4.

¹¹⁸ Corte Superior de California Departamento de servicios del tribunal de droga-adicción, http://www.alameda.courts.ca.gov/dcs/spanish_site/whatis_sp.html.

y se basan principalmente en la detención de delincuentes y evaluación de riesgos, necesidades y capacidad de respuesta, interacción judicial, monitoreo (supervisión), sanciones e incentivos y servicios de tratamiento y rehabilitación.¹¹⁹ Asimismo, operan mediante un grupo conformado por el juez, el fiscal, el abogado defensor, el equipo multidisciplinario del centro de tratamiento y las diversas redes comunitarias encargadas de la vigilancia del usuario. Cabe señalar que la última palabra le corresponde a la autoridad judicial, quien toma decisiones basadas en la consulta con los demás integrantes del equipo.

2.1.2. Tribunales de Tratamiento de Drogas en América Latina

Estados Unidos no es el único país que presenta y enfrenta la saturación del sistema penitenciario por delitos relacionados con drogas. Los centros de reclusión en América Latina, también tiene un alto porcentaje de personas encarceladas por posesión de drogas y otros delitos menores relacionados con drogas ilícitas.

De acuerdo con el Colectivo de Estudios Drogas y Derecho (CEDD), aproximadamente el 20% de la población penitenciaria en América Latina está acusada por delitos relacionados con drogas.¹²⁰ En 2017, se reportó que la tasa de encarcelamiento por delitos por drogas en nueve países de América Latina (Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, Ecuador, México, Perú y Uruguay) había aumentado entre 8 y 33 veces más rápidamente que la de reclusos acusado por otros delitos.¹²¹

Las Oficinas de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito y la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas de la Organización de los Estado Americanos (CICAD-OEA)¹²² han propuesto alternativas para tratar este problema,

¹¹⁹ National Institute of justice (NIJ), Drug Courts, <https://www.nij.gov/topics/courts/drug-courts/Pages/welcome.aspx>, Office of Justice Programs.

¹²⁰ Colectivo de Estudios Drogas y Derecho (CEDD), "Personas privadas de la libertad por delitos drogas", http://www.drogasyderecho.org/index.php/es/?option=com_content&view=article&id=158&catid=8&Itemid=141.

¹²¹ Colectivo de Estudios Drogas y Derecho (CEDD), "Nuevo estudio muestra crecimiento en el número de encarcelados en América Latina por delitos de drogas de bajo nivel", Nota de prensa, 9 de marzo de 2017, http://www.drogasyderecho.org/files/CEDD_Comunicado_de_Prensa_Final.pdf.

¹²² La Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) es el foro político del hemisferio occidental para tratar con el problema de las drogas. La Secretaría Ejecutiva de la CICAD apoya

incluso medidas de despenalización, descriminalización y derivación del sistema penal;¹²³ los Tribunales de Tratamiento de Drogas (TTD) son la elección predilecta por muchos países.

La Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD, de ahora en adelante) -como ya se ha comentado anteriormente-, es la principal propulsora de este modelo y se encarga, principalmente a través de su Programa de Tribunales de Drogas en la Américas, de capacitar a jueces, fiscales y de brindar asesoramiento a países sobre como implementar este tipo de tribunales. El programa es financiado por el Instituto Nacional de Cortes de Drogas (por sus siglas en inglés NDCI) de Estados Unidos y por la Asociación Nacional de Profesionales de Cortes de Drogas (por sus siglas en inglés, NADCP) del mismo país.¹²⁴

Un antecedente directo del modelo de Tribunales de Tratamiento de Drogas en América Latina es la creación del proyecto “Alianza de ciudades en tratamiento de drogas”,¹²⁵ a iniciativa de la Cumbre América Latina, el Caribe y la Unión Europea (EU-LAC). Este proyecto fue ejecutado por la CICAD y financiado por la Unión Europea, consistía en un conjunto de ciudades que buscaba contribuir a una mejor toma de decisiones para la calidad y cobertura de tratamiento, rehabilitación y reducción de daños por el uso dependiente de drogas a efectos de asegurar una atención adecuada, y al mismo tiempo generar alternativas al encarcelamiento para aquellas personas

a la Comisión mediante el fortalecimiento de las capacidades humanas e institucionales y la canalización de los esfuerzos colectivos de sus Estados miembros para reducir la producción, tráfico y consumo de drogas ilegales. La Estrategia Hemisférica sobre Drogas, aprobada en mayo de 2010, expresa el firme compromiso de los Estados miembros para hacer frente a las consecuencias del tráfico de drogas, que suponen una creciente amenaza para la salud, el desarrollo económico, la cohesión social y el cumplimiento de la ley. Véase en: International Drug Policy consortium, <https://idpc.net/es/profile/cicad>.

¹²³ Ramírez Tania, “Tribunales de tratamiento de drogas en América Latina: ¿Una respuesta Adecuada?”, en *Tribunales de tratamiento de drogas en las Américas*, Informe elaborado por el Programa Drogas, Seguridad y Democracia, https://s3.amazonaws.com/ssrc-cdn1/crmuploads/new_publication_3/tribunales-de-tratamiento-de-drogas-en-las-americas.pdf, p. 46.

¹²⁴ *Idem*.

¹²⁵ Ramírez Hernández, Tania Tlacaoelt, “La expansión de los tribunales de drogas en México”, *op. cit. p. 16*. O en Organización de los Estados Americanos (OEA), *EU-LAC Drug Treatment City Partnerships (Alianza de Ciudades UE-LAC para el Tratamiento de Drogas)* en: http://www.cicad.oas.org/reduccion_demanda/eulac/results/Documents/FINAL%20EDICION%20REVISADA%20ESPAÑOL%20%20PUBLICACION%20ESTADO%20SITUACION%20TRATAMIENTO%20EU-LAC%20%2022%20Febrero%20_ESPAÑOL.pdf

dependientes que cometen delitos menores por consumo de sustancias psicoactivas, bajo la supervisión del sistema judicial.

De manera que, a través de diversos foros, se encargó de capacitar a funcionarios y organizaciones de las ciudades participantes para desarrollar estrategias y políticas de tratamiento de drogas a nivel local. El proyecto EU-LAC tuvo una duración de tres años (2008-2010), en el que se dieron el intercambio de experiencias locales, la adopción de prácticas óptimas para un tratamiento, la divulgación de protocolos, materiales y programas de tratamiento, la elaboración y aplicación de metodologías para hacer una evaluación de la situación actual de cada ciudad y la sensibilización de operadores jurídicos (jueces, fiscales y policías) para implementar programas de tratamiento bajo supervisión judicial como alternativa al encarcelamiento.¹²⁶

El primer foro de la EU-LAC llamado “Políticas Públicas en Tratamiento de Drogas, en Santo Domingo, República Dominicana” se realizó en 2008, y contó con la participación de diversas ciudades de América Latina a invitación de la OEA y la CICAD.¹²⁷

En el mismo año, la Junta de Fiscalización de Estupefacientes en la presentación de su informe anual (2008) estableció que los Tribunales de Tratamiento de Drogas era una opción recomendable por el enfoque que tenían:

*“Confirman el valor del criterio integrado con respecto a determinados tipos de delitos y de delincuentes en los casos que tanto el sistema de justicia como el de atención de la salud consideran apropiados para remitir a tratamiento. Esos tribunales procuran poner freno al abuso de drogas y a la actividad delictiva conexas ordenando programas de tratamiento y rehabilitación”.*¹²⁸

¹²⁶ Ramírez Hernández, Tania Tlacaelt, “La expansión de los tribunales de drogas en México”, *op. cit.* p. 16. O en Organización de los Estados Americanos (OEA), EU-LAC Alianza de Ciudades UE-LAC para el Tratamiento de Drogas en:

http://www.cicad.oas.org/reduccion_demanda/eulac/results/Documents/FINAL%20EDICION%20REVISADA%20ESPAÑOL%20%20PUBLICACION%20ESTADO%20SITUACION%20TRATAMIENTO%20EU-LAC%20%2022%20Febrero%20_ESPAÑOL.pdf

¹²⁷ *Idem.*

¹²⁸ Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes, informe 2007, Organización de las Naciones Unidas, Estados Unidos, 2008, véase en: párrafo 53 en https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2007/AR_2007_Spanish.pdf, p. 14.

Posteriormente, la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas formuló el Programa para el Mejoramiento de la Rehabilitación y el Tratamiento de Drogas: Hermandad de Ciudades Europeas, Latinoamericanas y del Caribe. Teniendo como objetivo general:

*“Contribuir al mejoramiento de la toma de decisiones a nivel municipal sobre la calidad y cobertura del tratamiento, la rehabilitación y reducción del daño en dependencia de las drogas para poblaciones diversas de la Unión Europea, de América Latina y el Caribe, a efecto de asegurar una atención adecuada.”*¹²⁹

Y como objetivo específico del programa era: *“sensibilizar a fiscales y jueces de familia en relación el tratamiento y la rehabilitación en dependencia de drogas como alternativas al encarcelamiento por aquellos delitos menores vinculados a las drogas”*¹³⁰

Esta serie de reconocimientos contribuyeron a la aprobación por parte de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) y de la Organización Mundial de la Salud (OMS) el “Programa conjunto sobre el tratamiento y la atención de la drogodependencia” (2008), este instrumento podría decirse que constituye el reconocimiento internacional de las Cortes de Drogas en América, pues plantea que al ser el uso dependiente de drogas un problema de salud pública, las personas consumidoras dependientes con conflictos con la ley pueden ser atendidas por medidas sustitutivas o alternas de la pena de prisión, a través de tratamientos ambulatorios o residenciales.

En 2010, se llevó a cabo el cuadragésimo séptimo periodo ordinario de sesiones de la CICAD, en la que se aprobó la “Estrategia Hemisférica sobre Drogas”; dicho documento establece que “los Estados miembros implementarán diversas acciones encaminadas a reducir la demanda” en observancia con una serie de lineamientos a seguir.¹³¹ Con la aprobación de las estrategias por parte de los estados americanos, en

¹²⁹ Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, véase en: http://www.cicad.oas.org/Main/Template.asp?File=/reduccion_demanda/eulac/pdescription/objectives_spa.asp.

¹³⁰ *idem*.

¹³¹ Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD), “Estrategia Hemisférica sobre Drogas” Estados Unidos, 2010, <http://www.cicad.oas.org/apps/Document.aspx?Id=954>, p. 3 y 4.

2011 se creó el Programa de Tribunales de Tratamiento de Drogas en las Américas¹³² — que, como ya se mencionó, tiene la tarea de capacitar a los jueces, fiscales y brindar asesoría a los países que deseen implementar el modelo de tribunales de drogas—:

*“[...] Contribuir a la reducción de las tasas del delito, la disminución del consumo de drogas y de la población penitenciaria en las Américas con la creación y/o mejoramiento de los tribunales de tratamiento de drogas para delincuentes consumidores de drogas y otras alternativas al encarcelamiento de los estados miembros de la OEA”.*¹³³

Para ello, el Programa de Tribunales de Tratamiento de Drogas en las Américas se encarga de capacitar en términos de políticas, procedimientos y ejecución de los TTD a los países participantes a través de visitas de estudios, sesiones de formación, asistencia técnica con el objetivo de que los países puedan elegir cuáles son las políticas y herramientas más adecuadas para su propio contexto legal.¹³⁴

El modelo no es universal, pero de acuerdo con el Informe elaborado por el Programa Drogas, Seguridad y Democracia, todos ellos tienen características básicas como:¹³⁵

- Proceso penal: Las cortes de drogas varían dependiendo del cómo se encuentre regulado en el sistema penal. La regulación determina el punto de derivación de los participantes (ya sea previo o posterior al juicio), así como el quién puede solicitar la remisión al programa (juez, fiscal, acusado o víctima), los criterios para la admisión (tipo de delito aceptados, si se requiere una declaración de culpabilidad, costos y tarifas del tratamiento) y los beneficios que ofrecen.
- Participantes: Dependen de los criterios de elegibilidad del programa, es decir del perfil de cada beneficiario (edad, género y otras características esenciales como el uso y frecuencia del consumo de sustancias) así como, el número de personas

¹³² Martínez Meza, Horacio, “Implementación de tribunales de tratamiento de adicciones en la ciudad de México”, Universidad Nacional Autónoma de México, México, 2017, www.bliotecacentradelaunam.mx, p. 79.

¹³³ *idem*.

¹³⁴ Martínez Meza, Horacio, “Implementación de tribunales de tratamiento de adicciones en la ciudad de México”, Universidad Nacional Autónoma de México, México, 2017, www.bliotecacentradelaunam.mx, p. 92.

¹³⁵ Consejo de investigación en ciencias sociales, “Tribunales de tratamiento de drogas en las Américas”, *Op. Cit.*, p. 47.

seleccionadas por el sistema, la aceptación llevar tratamiento, la voluntad de participar y concluir el programa.

- Tratamiento: *“La disponibilidad, aceptabilidad y calidad del tratamiento, los métodos disponibles, los proveedores, la duración del tratamiento, y los agentes responsables por supervisar el plan de tratamiento resultan fundamentales al momento evaluar la efectividad de estos tribunales.”*¹³⁶
- Incentivos y sanciones: Los TTA se basan en un sistema de incentivos y sanciones impuestos por el operador jurídico con la finalidad de mantener a los participantes adheridos al programa. La mayoría de estos programas solicitan al beneficiario la abstinencia de uso de sustancias psicoactivas sin contemplar las posibles recaídas, de manera que, son objeto de monitoreo a través de pruebas de detección de consumo de sustancias, programadas o al azar. El incumplimiento de esta norma puede traer como consecuencia la aplicación de sanciones, como la detención del infractor, presentaciones adicionales ante el tribunal, pruebas de orina más frecuentes, ampliación del período de supervisión y en caso extremos la expulsión del programa, éstas sanciones en vez de beneficiar afectan negativamente al usuario dependiente.¹³⁷ En cuanto a los incentivos, la mayoría de los tribunales manejan los aplausos y la reducción de supervisión.
- Especialización: Cómo se mencionó anteriormente, los tribunales de drogas pueden estar enfocados para ciertos sectores de la población, por ejemplo, en algunos países hay tribunales para menores de edad, mujeres, indígenas, entre otros.
- Monitoreo y evaluación: Es el seguimiento que se le dan a los tribunales en cuanto a sus funciones, desarrollo y efectividad. El monitoreo y evaluación puede ser interno, o bien, por investigadores independientes interesados en el tema o por organizaciones internacionales. La CICAD es la encargada de monitorear y dar seguimiento a los tribunales, sin embargo, también existen otras dependencias

¹³⁶ Consejo de investigación en ciencias sociales, “Tribunales de tratamiento de drogas en las Américas”, *Op. Cit.*, p. 47.

¹³⁷ Consejo de investigación en ciencias sociales, “Tribunales de tratamiento de drogas en las Américas”, *Op. Cit.*, p. 47.

como la Organización líder en investigación e incidencia que promueve los derechos humanos en las Américas (WOLA) que han hecho evaluaciones de estos tribunales, entre otras organizaciones civiles.

Actualmente encontramos en América Latina Tribunales o Cortes de Drogas en Argentina, Barbados, Belice, Chile, Colombia, Costa Rica, Jamaica, México, Panamá, República Dominicana, Perú, entre otros.¹³⁸

A continuación, se analiza el modelo de cortes de drogas implementado en Chile y los resultados que ha tenido hasta el día de hoy, puesto que fue el primer país de América Latina en incorporar dicho modelo a su sistema judicial penal, posteriormente se analiza el modelo en el contexto mexicano.

2.1.2.1. Tribunales de Tratamiento de Drogas en Chile

Los Programas de Tribunales de Tratamiento de Drogas surgen en Chile en 2004 como un proyecto piloto en la ciudad de Valparaíso, con ayuda de la Embajada de los Estados Unidos y la Fundación Paz Ciudadana.¹³⁹ En 2005 y 2006 surgieron un segundo y tercer proyecto piloto en las zonas sur de la Región Metropolitana, y en la zona centro-norte.¹⁴⁰ Para 2007, el Poder Judicial, el Ministerio de Justicia, el Ministerio Público, Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE), la Defensora Penal Pública y la Fundación Paz Ciudadana, firmaron un Memorando de Entendimiento (MdE) con el objetivo de convertir el programa piloto en una propuesta de política pública para todo el país.¹⁴¹ Este apoyo institucional permitió ampliar la iniciativa durante 2008, propiciando la operación de tribunales de tratamiento de drogas y/o alcohol en Iquique, Antofagasta y en las zonas este y oeste de la Región Metropolitana. Al igual que en el modelo de Cortes de Drogas de Estados Unidos, se adaptó en un principio sólo para

¹³⁸ Martínez Meza, Horacio, "Implementación de tribunales de tratamiento de adicciones en la ciudad de México", Universidad Nacional Autónoma de México, México, 2017, www.bliotecacentradelaunam.mx, p. 93.

¹³⁹ Droppelman Catalina y Hurtado Paula, Explicaciones en clases, Lección C, Aplicación del modelo TTD en Chile, Curso en línea 2018. Centro de Estudios de la Justicia de las Américas CEJA-JSCA.

¹⁴⁰ *Idem*.

¹⁴¹ Droppelman Catalina y Hurtado Paula, Explicaciones en clases, Lección B, Modelo de los tribunales de tratamiento de drogas, Curso en línea 2018. Centro de Estudios de la Justicia de las Américas CEJA-JSCA. O en Ramírez Tania, "Tribunales de tratamiento de drogas en América Latina: ¿Una respuesta Adecuada?", p. 48.

población adulta, no obstante, en septiembre de 2008, también fue puesto en marcha para adolescentes dependientes con conflicto con la ley. A mediados del año 2010 existían en Chile programas de tribunales de tratamiento de drogas en dieciocho tribunales del país, distribuido en las ciudades de Valparaíso, Iquique, Antofagasta y la Región Metropolitana de Santiago.¹⁴²

La CICAD señala a Chile como un “país pionero en la adaptación e implementación de Tribunales de Tratamiento de Drogas en el Hemisferio Sur”. El modelo se desarrolla de manera diferente al de la Cortes de Drogas de los Estados Unidos, “No operan como tribunales especializados en la materia, sino más bien como programa o grupo de audiencias dentro del cronograma regular de los Juzgados de Garantías regidos por las reglas de la suspensión condicional del proceso.”¹⁴³

En otras palabras, los tribunales aplican el concepto básico de remisión por vía judicial a programas de tratamiento y rehabilitación a través de la aplicación de mecanismos alternativos y resolutivos de conflictos como la suspensión condicional del proceso.

La selección de candidatos a participar en el programa debe de reunir una serie de requisitos como: 1) ser primodelincuente (infractor primerizo) diagnosticado con problemas de dependencia o abusos de drogas, 2) no tener un proceso continuo o paralelo distinto al que fue remitido (sentencias previas u otras suspensiones condicionales) y, 3) que el delito cometido no debe tener una penalidad de tres años de prisión como pena máxima.¹⁴⁴

Según la información disponible, los Tribunales de Tratamiento de Drogas están compuestos por el juez, el fiscal, el abogado defensor, el equipo psico-social (o dupla psico-social) y el abogado coordinador a cargo del programa. Los roles de cada uno de

¹⁴² *idem*.

¹⁴³ Los Juzgados de Garantía están encargados de velar por los derechos constitucionales de la persona acusada, la víctima y los testigos durante la fase de investigación del proceso penal. El modelo ha tenido mucho auge y ha crecido rápidamente. En 2016, existían 29 juzgados de garantías operando estos programas en diez regiones del país. Cumbre Judicial Iberoamericana “Comisión Iberoamericana de Mecanismos Alternativos y Restaurativos de Resolución de Conflictos y Tribunales de Tratamiento de Drogas” en Ramírez Tania, Tribunales de tratamiento de drogas en América Latina: ¿Una respuesta Adecuada?, *Op. Cit.*, p. 49.

¹⁴⁴ Delitos como violencia domestica, contra la seguridad pública, posesión de drogas, contra la propiedad, entre otros. Fundacion Paz Ciudadana, Tribunales de tratamiento de drogas, en Ramírez Tania, *Op. Cit.*, p.50

los profesionales antes citados son un elemento crucial en el desarrollo del programa de tratamiento, así como la coordinación y trabajo en equipo que desempeñen, ya que, fomentan en el participante la pertenencia.

El programa cuenta con tres fases generales de admisión. En primer lugar, el equipo psico-social entrevista a los infractores identificados por el fiscal o por la defensoría. Si se identifica que el supuesto infractor presenta consumo problemático de drogas, un psiquiatra realiza una segunda evaluación para corroborar el diagnóstico y su relación con la comisión del delito — en cualquier caso, es necesario establecer la percepción de un vínculo entre el consumo de drogas y el supuesto delito —.¹⁴⁵ Posteriormente, se realiza un “pre-audiencia” en el que participa el fiscal y el posible participante, en la cual los equipos legal y psico-social discuten un plan de tratamiento. Un abogado debe de estar presente en la reunión para negociar las condiciones. Durante una evaluación de elegibilidad legal, se analizan los requerimientos que el potencial participante debe cumplir para ingresar al programa. La tercera etapa es una audiencia para declarar la suspensión condicional del procedimiento, momento en el cual deben clarificarse las condiciones establecidas en la reunión de pre-audiencia (como el programa de tratamiento, la frecuencia de presentaciones en la corte para monitoreo y las audiencias judiciales, y asuntos por el estilo).¹⁴⁶

En cuanto al tratamiento, los participantes de programas TTD pueden escoger el tipo de centro al que quieran asistir, ya sea público o privado. Algunos centros pueden solicitar a los beneficiarios pruebas continuas de detención de consumo de sustancias como requisito para la permanencia en el programa, pese a que el modelo chileno establezca que dichas pruebas no son obligatorias para los sujetos. Las únicas pruebas de detención de consumo obligatorias son las que se realizan al ingresar al programa a

¹⁴⁵ Actualmente no hay estudios concluyentes que determinen una relación o vínculo entre el consumo de drogas y la comisión de actos ilícitos.

¹⁴⁶ Ministerio de Justicia y Derechos Humanos (Unidad Coordinadora de los Tribunales de Tratamiento de Drogas), Poder Judicial (Unidad de Seguimiento de los Tribunales de Tratamiento de Drogas), Ministerio Público (Unidad Especializada en Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias), Defensoría Penal Pública (Unidad de Estudios), SENDA (Área de Tratamiento) y Fundación Paz Ciudadana, Manual de procedimiento sobre los Tribunales de Tratamiento de Drogas y/o Alcohol en Población Adulta, en Ramírez Tania, “Tribunales de tratamiento de drogas en América Latina: ¿Una respuesta Adecuada?”, *Op. Cit.*

través del cuestionario ASSIST¹⁴⁷, para llevarse a cabo los participantes deben otorgar su consentimiento. Es importante mencionar que las recaídas están contempladas en el modelo de TTD, no causan la revocación de la suspensión condicional ni tampoco la expulsión del programa. Las únicas causas por las que la persona podría ser expulsada sería por violaciones injustificadas graves o reiteradas de las condiciones impuestas y por la comisión de nuevos delitos.

La crítica al modelo chileno, de acuerdo con Diego Piñol, Catalina Medallo, entre otros autores, es que el programa nació desde una perspectiva de combate al tráfico ilícito de estupefacientes, lo que hace que carezca de fundamento legal, y aunque funcionan bajo el mecanismo de suspensión condicional del proceso, no cuentan con un marco legal que lo respalde. Es decir, las reglas y estándares que sigue, son los del manual de operaciones y los protocolos suscritos por el Poder Judicial y otras instituciones y proveedores de tratamientos, por tanto, “no brindan suficiente flexibilidad para adaptar el programa según se requiera. Lo que es más importante, la ausencia de un marco legal específico crea incertidumbre sobre los límites del programa.”¹⁴⁸

Por otra parte, la figura del juez dentro del desarrollo de las audiencias puede tener efectos anti-terapéuticos para la persona dependiente, pues es él, el que toma las decisiones según “más convenientes” para el participante, cayendo en respuestas paternalista o excesivas en la imposición de castigos. Algunos estudios independientes que han evaluado a estos tribunales en Chile, informan que la mayoría de los casos los jueces solo conocían cuando estos no interferían en sus funciones regulares.¹⁴⁹

¹⁴⁷ El cuestionario consta de ocho preguntas y llenarlo toma aproximadamente entre 5 y 10 minutos. El diseño de la prueba es culturalmente neutral, por lo que puede utilizarse en una gran variedad de culturas para detectar el consumo de las siguientes sustancias: Tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, estimulantes de tipo anfetamina, inhalantes, sedantes o pastillas para dormir (benzodiazepinas), alucinógenos, opiáceos y otras drogas. Para mayor información véase en: La prueba de detención de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST) manual para uso en la atención primaria, Organización Mundial de la Salud, 2011, https://www.who.int/substance_abuse/activities/assist_screening_spanish.pdf, p.2

¹⁴⁸ Ramírez Tania, “Tribunales de tratamiento de drogas en América Latina: ¿Una respuesta Adecuada?”, *Op. Cit.*

¹⁴⁹ Estudio independiente comisionado en 2011 por el Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE) al Centro de Estudios en Seguridad Ciudadana (CESC), unidad especializada de investigación comprendida dentro del Instituto de Asuntos Públicos (INAP) de la Universidad de Chile, sugería que los jueces dedicaban tiempo a los TTD únicamente cuando ello no interfería con sus funciones regulares. Citado por Piñol, Diego, Catalina Mellado, Iván Fuenzalida (et. al), “Estudio de evaluación de

Por otra parte, el análisis realizado en 2011 por el Centro de Estudios en Seguridad Ciudadana (CESC), reportó que ciertos participantes viables para entrar al programa no entendían o no conocían que la conducta cometida como el consumo no era un delito y que por lo tanto no traía aparejado una pena privativa de la libertad, de tal forma que, la falta de explicación o clarificación pudo llevar a infractores pensar erróneamente que estaban evitando condenas de cárcel o evasión del sistema, independientemente de la necesidad real de recibir tratamiento, esto conlleva a cuestionar si la participación en el programa y en el tratamiento de drogas es verdaderamente voluntaria o si esta se encuentra mermada por los demás sujetos que participan en los tribunales, pese a que el manual de procedimientos de los tribunales de tratamiento de drogas de Chile resalta la importancia de la “participación voluntaria”.

En relación al monitoreo y evaluación de los programas de TTD en Chile, no hay estudios concluyentes que demuestren que reducen la reincidencia delictiva, por ejemplo, el Centro de Estudios en Seguridad Ciudadana (CESC) en 2011, realizó un estudio de evaluación de implementación, proceso y resultados del modelo, el cual arrojó que las tasas de reincidencia han variado en el transcurso de los años.

Población	Número total	Reincidencia	No reincidente
Participantes que se graduaron en 2010	75	23%	77%
Participantes que se graduaron en 2011	46	11%	89%
Participantes que se graduaron en 2012	N/A	32%	68%
Participantes que no graduados que salieron del programa en 2012	N/A	14%	86%

Tabla extraída del Informe elaborado por el Programa Drogas, Seguridad y Democracia, “Tribunales de tratamiento de drogas en las Américas”.

implementación, proceso y resultados del modelo tribunales de tratamiento de drogas bajo supervisión judicial aplicado en Chile” en Ramírez Tania, “Tribunales de tratamiento de drogas en América Latina: ¿Una respuesta Adecuada?”, p. 50.

Se observa que la tasa de no reincidencia es mayor a la tasa de reincidencia, es conveniente tomar en cuenta el número de personas que fueron sometidas a tratamiento, las que fueron rechazadas, expulsadas y las que suspendieron el programa, así como, ver si las personas aceptadas realmente necesitaban tratamiento o no, (si eran dependientes o no). Por lo que, lleva a cuestionarse, en primer lugar, la selección de los participantes (más viables a terminar el programa) y en segundo, la criminalización del consumo.¹⁵⁰

En este sentido, y una vez conociendo el panorama general del modelo TTD en Chile y sus fallas en el sistema de aplicación, es necesario analizar el Programa de Justicia Terapéutica en México.

2.2. Tribunales de Tratamiento de Adicciones (TTA) en México

Cortes de Drogas o Programa de Justicia Terapéutica para Personas con Uso de Sustancias Psicoactivas, son conceptos que suelen confundirse o usarse como sinónimos en México, sin embargo, como se mencionó al principio de este segundo capítulo, la Justicia Terapéutica y las Cortes de Drogas aunque son modelos similares no son lo mismo, el primero nace de la idea de conocer los efectos terapéuticos y anti-terapéuticos que causa la aplicación del derecho (normas legales, de procedimientos judiciales y las funciones de los actores jurídicos), en el aspecto emocional, psicológico y físico de las personas, con la finalidad de proporcionar soluciones positivas que ayuden a mejorar la salud y promover el cambio de conducta en los sujetos dependientes, y el segundo surgió de la necesidad de crear vías alternas al encarcelamiento por la saturación del sistema penitenciario en Estados Unidos. Actualmente se promocionan como mecanismos alternos de solución de conflictos, o como un medio de sustitución de la ejecución de la pena.¹⁵¹

En México el Programa de Justicia Terapéutica para personas con consumo de sustancias psicoactivas o también llamados TTA, se concibe al igual que en otros países

¹⁵⁰ Para mayor información, consúltese en: Ramírez Tania, "Tribunales de tratamiento de drogas en América Latina: ¿Una respuesta Adecuada?", Informe elaborado por el Programa Drogas, Seguridad y Democracia, "Tribunales de tratamiento de drogas en las Américas", 2018, p. 50 a la 59.

¹⁵¹ http://www.cicad.oas.org/fortalecimiento_institucional/dtca/publications/PUBLICACION_FINAL.pdf, p. 21 y 22.

como una alternativa a la justicia tradicional y con ello al encarcelamiento. Y, aunque los operadores jurídicos pudieran basarse en algunos principios de la Justicia Terapéutica, el enfoque sigue siendo más en derecho penal que de salud. Esto último se refleja en: 1) el concepto; 2) en el sustento ideológico o teórico del programa (relación entre delito y droga¹⁵² - actualmente no hay estudios concluyentes que determinen dicho vínculo-); 3) en los objetivos (prevenir y reducir la reincidencia delictiva, la población penitenciaria, el consumo de drogas y la incorporación del individuo a la sociedad entre otros)¹⁵³; y 4) en la fundamentación jurídica. Por todo ello, se dice que el modelo, aunque cambió de denominación, continúa persiguiendo los objetivos de creación de las Cortes de Drogas en Estados Unidos.

Para entender lo antes expuesto, se analiza los antecedentes de su adaptación.

En 2008, a invitación de la Organización de los Estados Americanos y de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD), funcionarios de la entonces Procuraduría General de la República, del sector salud y funcionarios de gobierno municipal de Nuevo León, Mexicali y Baja California, acudieron al primer foro interregional de “Políticas Públicas en Tratamiento de Drogas” (EU-LAC) en Santo Domingo, República Dominicana. En el panel de discusión “Alternativas al encarcelamiento” algunos países expresaron sus experiencias sobre la implementación de tratamientos bajo supervisión judicial como medios alternativos a la prisión, a partir de esto, surgió el interés por adoptar el modelo de Cortes de Drogas a nuestro sistema penal.¹⁵⁴

El 01 de septiembre del 2009, se instauró el modelo de TTA en el municipio de Guadalupe, estado de Nuevo León, como plan piloto bajo el nombre de Juzgado Especializado para el Tratamiento de Adicciones. El proyecto fue coordinado por el

¹⁵² La teoría más conocida está basada en el modelo tripartido de Paul J. Goldstein, quien estableció tres niveles de interacción entre delito y droga. El primero de ellos es una relación psicofarmacológica, el segundo una relación económica- compulsiva y el tercero, una interacción sistémica. En Goldstein, Paul J., Drug related crime analysis-homicide, United States, 1987, <https://www.ncjrs.gov/pdffiles1/Digitization/111510NCJRS.pdf>.

¹⁵³ Para mayor información consúltese en: Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, “Modelo mexicano del programa de justicia terapéutica para personas con consumo de sustancias psicoactivas: Guía metodológica”, *Op. Cit.*, p. 218.

¹⁵⁴ Ramírez Hernández, Tania Tlacaelt, “La expansión de los tribunales de drogas en México”, *op. cit.* p. 19.

Gobierno Federal a través de la Comisión Nacional Contra las Adicciones (CONADIC), Subsecretaría de Prevención y Participación Ciudadana y la entonces Secretaria Técnica del Consejo de Coordinación para la Implementación del Sistema de Justicia Penal, con asistencia técnica de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD), la Organización de Estados Americanos (OEA) y diferentes instancias del gobierno de Nuevo León.

El criterio para determinar el establecimiento del modelo de Cortes de Drogas en dicho estado, fue por el avance en su sistema de justicia penal en cuanto a la implementación del sistema acusatorio. Esta viabilidad técnica-jurídica puesta en marcha desde 2004, sirvió como sustento para instalar el primer programa ya que, parte fundamental en el desarrollo de los TTA es la oralidad e interacción que se pueda dar entre juez-participante, así como la aplicación de medios alternativos de resolución de conflictos, como lo es la Suspensión Condicional del Proceso, figura bajo la cual operan.

La expansión del modelo de Tribunales de Tratamiento de Adicciones (TTA) es producto de dos acontecimientos importantes, el primero de ellos es la firma del acuerdo bilateral entre Estados Unidos y México en materia de seguridad en 2008 conocida como Iniciativa Mérida,¹⁵⁵ su objetivo es *“contrarrestar la violencia ocasionada por las drogas que amenazan a los ciudadanos de ambos lados de la frontera”*. Para ello, el Congreso de Estados Unidos destinó recursos económicos con la finalidad de fortalecer la lucha contra el crimen organizado. La Iniciativa Mérida se sustenta en cuatro puntos estratégicos con la finalidad de contrarrestar el crimen organizado:¹⁵⁶

- Afectar la capacidad operativa del crimen organizado;
- Institucionalizar la capacidad para mantener el Estado de Derecho;
- Crear la estructura fronteriza del siglo XXI; y
- Construir comunidades fuertes y resilientes.

¹⁵⁵ Martínez Meza, Horacio, “Implementación de tribunales de tratamiento de adicciones en la ciudad de México”, *Op. Cit.* 94

¹⁵⁶ Martínez Meza, Horacio, “Implementación de tribunales de tratamiento de adicciones en la ciudad de México”, *Op. Cit.*, p.94. o en *Embajada de los Estados Unidos en México, Hoja informativa Reducción de la demanda de drogas, 2015*, <https://photos.state.gov/libraries/mexico/310329/Feb2015/DDR-Factsheet-jan15-sp.pdf>.

Dentro del último pilar se encuentra la asistencia técnica para la creación y expansión de los Tribunales de Tratamiento de Adicciones en México. La finalidad de estos tribunales de acuerdo con la Sección de Asuntos Antinarcóticos y Aplicación de la Ley de la Embajada de Estados Unidos, es incrementar *“la capacidad de las autoridades mexicanas para disminuir el consumo de sustancias psicoactivas ilegales en el territorio nacional mediante el programa de reducción de la demanda de drogas”*.¹⁵⁷ El cual consiste en adoptar mejores prácticas internacionales en el diagnóstico y tratamiento de las adicciones, así como en la implementación de programas pilotos que en el futuro puedan ser replicados a nivel nacional.

En ese sentido, dicha unidad proporcionó asistencia técnica a la Organización de Estados Americanos dentro de la que se incluyó la asignación de recursos para la continuación del proyecto, así como la capacitación, desarrollo de factibilidad y estudios de diagnóstico; pero fue hasta el 30 de julio de 2014 que se firmó el Memorando de Entendimiento y Asistencia Técnica entre México y la Secretaría General de la Organización de los Estados Americanos para la expansión del Modelo¹⁵⁸, ya no como plan piloto (con recursos locales) sino como parte de una política pública de gobierno.

Con este cambio de perspectiva, el Gobierno Federal, entre 2014 y 2016, pretendía la expansión del programa en toda la república, dividida en tres fases. En primer lugar, el programa se implementaría en el Estado de México, Durango, Morelos y Chihuahua; en segundo lugar, en Baja California, Hidalgo, Ciudad de México, Sonora, Puebla y Guanajuato; en tercer lugar, el resto de los estados.¹⁵⁹ Sin embargo dicha expansión no se completó.

El segundo acontecimiento que marco la expansión del modelo de TTA fue la reforma constitucional de 2008 en materia de seguridad y justicia, la cual tiene tres ejes importantes: la implementación de un Sistema Nacional de Seguridad Pública, la instauración del Sistema Acusatorio y Oral, y la creación de un régimen especial de

¹⁵⁷ *idem*.

¹⁵⁸ Santamaría González, Berenice G., “Programa de justicia terapéutica para personas con consumo de sustancias psicoactivas”, Secretaría de Gobierno y Comisión Nacional contra las Adicciones, México, 2017, [http://www5.diputados.gob.mx/index.php/esl/content/download/91230/457524/file/Programa%20Justicia%20Terap%C3%A9utica%20\(1\).pdf](http://www5.diputados.gob.mx/index.php/esl/content/download/91230/457524/file/Programa%20Justicia%20Terap%C3%A9utica%20(1).pdf), p. 10.

¹⁵⁹ *ibidem*, p.27.

excepciones para la investigación, procesamiento y juzgamiento de conductas de alto impacto como las de delincuencia organizada.

En ese orden de ideas, se reformaron diez artículos constitucionales: siete artículos en materia penal (del 16 al 22), uno sobre las facultades del congreso (Fracciones XXI y XXIII del 73), y uno sobre desarrollo municipal (Fracción VII del artículo 115).¹⁶⁰

En el caso de los Tribunales de Tratamiento de Adicciones, las modificaciones más relevantes de la reforma en comento -como ya se mencionó- fueron: la introducción de la oralidad de los juicios, el reconocimiento de derechos del imputado y del ofendido, la inclusión de nuevas figuras jurídicas y procesales, como los jueces de control y de ejecución de sentencias y la creación de mecanismos alternos para la solución de controversias¹⁶¹.

Asimismo, la reforma dio sustento a la creación de nuevas leyes secundarias y a una serie de modificaciones y adiciones a las ya establecidas como la Ley General de Salud y el Código Penal Federal.¹⁶² Dentro de los nuevos ordenamientos encontramos el Código Nacional de Procedimientos Penales (CNPP) publicado el 5 de marzo de 2014, la Ley Nacional de Mecanismos Alternativos de Solución de Controversias en Materia Penal (LNMA SCMP, 2014); En 2016, la Ley Nacional de Ejecución Penal (LNEP),¹⁶³ y la Ley Nacional del Sistema Integral de Justicia Penal para Adolescentes (LNSI JPA)¹⁶⁴, estas dos últimas contemplan una nueva perspectiva de aplicación de los programas de Justicia Terapéutica.

Aunado a ello, en febrero de 2016 se creó formalmente el Comité Federal de Justicia Alternativa para Delitos Relacionados con Drogas con el fin de desarrollar y estandarizar

¹⁶⁰ Diario Oficial de la Federación, Decreto por el que se reforman y adicionan diversas disposiciones de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 2008, https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5046978&fecha=18/06/2008#gsc.tab=0

¹⁶¹ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, <http://www.ordenjuridico.gob.mx/Constitucion/cn16.pdf>.

¹⁶² Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, "Modelo mexicano del programa de justicia terapéutica para personas con consumo de sustancias psicoactivas: Guía metodológica" *Op. Cit.*, p. 37 a la 46.

¹⁶³ La Ley Nacional de Ejecución Penal, artículo 169 al 189 del Capítulo VIII Justicia Terapéutica, disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LNEP_090518.pdf

¹⁶⁴ Ley Nacional del Sistema Integral de Justicia Penal para Adolescentes, disponible en <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LNSI JPA.pdf>

un modelo a nivel nacional de alternativas al enjuiciamiento y encarcelamiento. Para noviembre del mismo año, se publicó una nueva versión de los TTA denominado Modelo Mexicano del Programa de Justicia Terapéutica para Personas con Consumo de Sustancias Psicoactivas, el cual representa una nueva etapa de expansión, ya que se sistematizaron y homologaron las prácticas del programa tomando en cuenta la diversidad cultural, geográfica y económica de cada entidad o región del país.¹⁶⁵

De acuerdo con la Comisión Interamericana para el Control de Abuso de Drogas (CICAD, 2018) son diez las entidades federativas que han implementado los Programas de JT o de TTA entre ellos Nuevo León, Morelos, Estado de México, Durango, Chihuahua, Chiapas, Baja California, Quintana Roo, Tlaxcala y San Luis Potosí¹⁶⁶. Todos ellos funcionan bajo tres componentes: jurídico, sanitario y de reinserción social su complementariedad y trabajo en equipo influirá en el desarrollo y rehabilitación de las y los participantes. Por otra parte, su aplicación dentro de las figuras procesales dependerá de los tipos de delitos y funcionamiento del poder judicial de cada entidad federativa o municipio. En el siguiente apartado se explicará a detalle como funcionan.

2.2.1. Aplicación del programa de TTA en el sistema penal

En ese orden de ideas, el Modelo Mexicano del Programa de Justicia Terapéutica para personas con consumo de sustancias psicoactivas define al Programa de Justicia Terapéutica como:

*“Una estrategia que opera bajo estricta supervisión judicial, centrada en el abordaje terapéutico por el consumo de sustancias psicoactivas como una alternativa al proceso judicial o al encarcelamiento; dirigido a primo-delinquentes que cometieron delitos no graves siempre que se cumplan los criterios jurídicos y sanitarios para su efecto”.*¹⁶⁷

¹⁶⁵ Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, “Modelo mexicano del programa de justicia terapéutica para personas con consumo de sustancias psicoactivas: Guía metodológica”, México, Organización de Estados Americanos, 2016, p. 28.

¹⁶⁶ En total hay 21 TTA operando en el país: 5 en Nuevo León, 3 en Morelos, 6 en Estado de México, 3 en Durango, 2 en Chihuahua, 1 en Chiapas y 1 Baja California este ultimo estado de reciente aplicación, pues en 2018 decretó su propia ley para determinar las bases del programa y fue a principios de este año (2019) que empezó a funcionar.

¹⁶⁷ Santamaría González, Berenice G., “Programa de justicia terapéutica para personas con consumo de sustancias psicoactivas” *Op. Cit.*, p. 15.

El programa está vinculado al sistema de procuración de justicia conformado por diversos actores multidisciplinarios como son los agentes del ministerio público o fiscales, autoridades jurisdiccionales, defensores y agentes de supervisión del área de trabajo social, la policía o las Unidades de Medidas Cautelares y los equipos del sistema de justicia con el sistema de salud.

Las autoridades del sistema de justicia son las que pueden ubicar y sugerir a la persona candidata al programa o la (el) imputada (o) también puede solicitar la inclusión. A su vez, las autoridades judiciales (juez) y el equipo multidisciplinario solicitarán una Evaluación Diagnóstica Inicial que es un tamizaje al solicitante con el fin de conocer si la persona detenida se encuentra bajo el influjo de alguna sustancia psicoactiva. Si el diagnóstico es confirmatorio, se procederá a informar a la persona de las condiciones a las cuales se compromete a cumplir y, de aceptar se canaliza al centro de tratamiento. La supervisión quedara a cargo del equipo multidisciplinario (policías o Unidad de Medidas Cautelares y del sistema de justicia, con el equipo de salud).

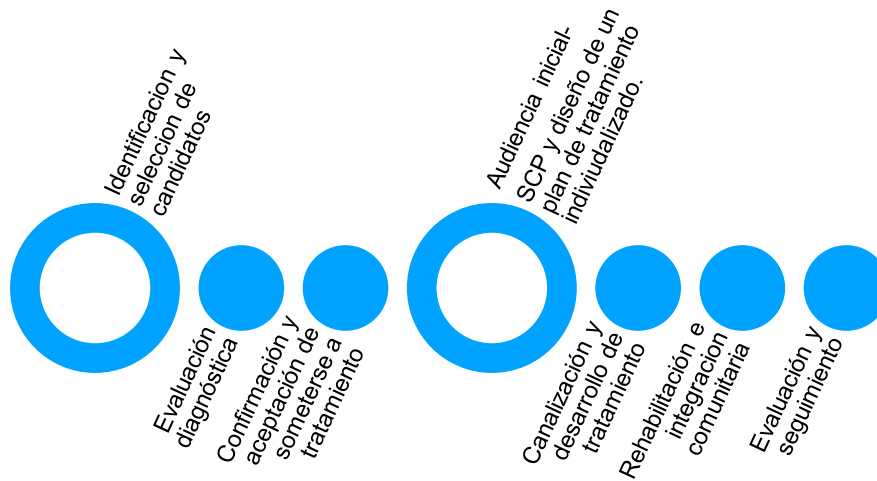
Es importante mencionar que la autorización, términos y condiciones del programa son únicamente determinados y definidos por el juez de control o en su defecto por el juez de ejecución de sentencia. Y la selección del participante lo realiza el equipo multidisciplinario a través de una evaluación jurídica y de salud. La cual, consiste en analizar los factores de “riesgo social” de la persona en su ámbito familiar, laboral y social; su conducta criminal, su probabilidad de reinserción y reincidencia, en otras palabras “debe de manifestar un cuadro clínico de trastorno de uso de sustancias psicoactivas”¹⁶⁸ y que derivado de ello sea un detonante para la comisión de un delito o reincidencia delictiva.

El equipo clínico/ de salud identifica la presencia y uso de sustancias en la persona, el grado de uso, y voluntad de someterse a tratamiento. Una vez cumpliendo con las etapas del proceso, se lleva a cabo la audiencia inicial para la incorporación de la persona al programa bajo una salida alterna como lo es la suspensión condicional del procedimiento a prueba. El seguimiento del programa se realiza con audiencias

¹⁶⁸ Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, “Modelo mexicano del programa de justicia terapéutica para personas con consumo de sustancias psicoactivas: Guía metodológica”, Op. Cit., p. 88 y 89.

semanales ante el juez de control con la participación de los servicios prestadores de tratamiento y las redes comunitarias, con base al sistema de salud pública de cada estado.

ETAPAS DEL PROCESO



Fuente: Elaboración propia, datos extraídos del Modelo mexicano del programa de justicia terapéutica para personas con consumo de sustancias psicoactivas: Guía metodológica

Ahora bien, en cuanto a la aplicación del PJT se desarrolla bajo la figura de Suspensión Condicional del Procedimiento (SCP), que es una salida alterna al procedimiento penal y procede ante delitos cuya media aritmética no exceda los cinco años de prisión y no exista oposición fundada y motivada de la víctima y ofendido, de manera que, a través de la aplicación de la SCP, se le exige a la persona infractora el cumplimiento de ciertas condiciones establecidas por el CNPP, entre ellas el someterse a un tratamiento de rehabilitación contra la dependencia de sustancias psicoactivas bajo supervisión judicial periódica y directa.¹⁶⁹ Cabe mencionar que la Guía metodológica deja abierta la posibilidad de extender el PJT a otros escenarios procesales como son los acuerdos reparatorios y en ejecución de sentencia.

Esto se debe a que la aplicación del Programa de Justicia Terapéutica encuentra su fundamento jurídico en los artículos 17 y 18 de la Constitución Política de los Estados

¹⁶⁹ Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, “Código Nacional de Procedimientos Penales”, 2016, http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/CNPP_250618.pdf.

Unidos Mexicanos. El primero de ellos señala en su párrafo cuarto que: las leyes preverán mecanismos alternativos de solución de controversias, en materia penal se garantizará la reparación del daño y el establecimiento de supervisión judicial como control de la legalidad¹⁷⁰.

Mientras que el segundo artículo contempla los medios para lograr la reinserción social de los sentenciados, “mediante el respeto de los derechos humanos, el trabajo, la capacitación, la educación, salud y deporte”.¹⁷¹ De igual forma, establece un Sistema Integral de Justicia para Adolescentes en el que contempla “la aplicación de medidas de orientación, protección y tratamientos para todos aquellos jóvenes que se encuentre en conflicto con la ley”.

En cuanto a su fundamento jurídico-operacional, el programa -como ya se mencionó anteriormente- está previsto desde dos figuras procesales, como salidas alternas al procedimiento y/o mecanismo alternativo a la ejecución de sentencia.

Como “Salidas alternas al procedimiento” se encuentra dos figuras procesales que son la Suspensión Condicional del Proceso y los acuerdos reparatorios. La primera se rige bajo el capítulo III denominado Suspensión Condicional del Proceso, que va del artículo 191 al 200 del CNPP.¹⁷² El artículo 195, fracción IV de ley antes citada establece que es *“planteamiento formulado por el Ministerio Público o por el imputado, el cual contendrá un plan detallado sobre pago de la reparación del daño y el sometimiento del imputado a una o varias de las condiciones establecidas en el artículo 195 del CNPP”*.

En otras palabras, es una salida al procedimiento penal que permite al imputado o al Ministerio Público, con acuerdo del Juez de Control, dar término anticipado al proceso ordinario, a través de un plan de reparación del daño y de una serie de obligaciones que

¹⁷⁰ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, <http://www.ordenjuridico.gob.mx/Constitucion/cn16.pdf>, Artículo 17 “Las leyes preverán mecanismos alternativos de solución de controversias. En la materia penal regularán su aplicación, asegurarán la reparación del daño y establecerán los casos en los que se requerirá supervisión judicial.”

¹⁷¹ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, párrafo cuarto, quinto y sexto del artículo 18, <http://www.ordenjuridico.gob.mx/Constitucion/cn16.pdf>.

¹⁷² Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, “Código Nacional de Procedimientos Penales”, 2016, http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/CNPP_250618.pdf.

el inculpado se compromete a cumplir, teniendo como finalidad la extinción de la acción penal.

Para que proceda el Programa de TJ bajo dicha figura el Juez de Control debe de valorar la procedencia de la solicitud, según las particularidades de cada caso, esto implica:

- La evaluación del plan de pagos de la reparación del daño (propuesto por el Ministerio Público o por el imputado).
- El perdón de la víctima y no existir oposición funda por parte de la víctima u ofendido.
- El imputado debe someterse a una serie de condiciones que el Juez de Control le establezca de conformidad el artículo 195 CNPP. Entre ellas abstenerse de consumir alguna sustancia psicoactiva y/o droga.
- La media aritmética de la pena de prisión no debe de exceder de cinco años, ausencia de condenas previas, y no estar beneficiado al momento de cometer un nuevo delito de una SCP (salvo que hayan transcurrido dos años desde el cumplimiento de una SCP), así como no haber incumplido esta salida previa al caso por el cual está siendo ahora imputado (a excepción que hayan transcurrido cinco años desde el cumplimiento de la primera SCP).
- La participación debe ser voluntaria, ya que se requiere del acuerdo del imputado para decretar la SCP.¹⁷³
- El programa no debe exceder del término de la suspensión condicional del proceso, es decir, no podrá ser inferior a seis meses ni superior a tres años. A excepción de que el Juez de control amplíe el plazo por dos años más por incumplimiento de dicha condición.

¹⁷³ En caso contrario, el inculpado puede retractarse de su solicitud o del acuerdo presentado por el Ministerio público, porque considera excesivas y gravosas las condiciones impuestas por el juez, se deja sin efecto la suspensión y continua el proceso. Ya que toda persona tiene derecho a ser juzgada y a que se reconozca su inocencia (artículo 8 de la Convención Americana de Derechos Humanos y los artículos 17 y 20 de la CPEUM). En Azzolini Bincaz Alicia Beatriz, "Las salidas alternas al juicio: acuerdos reparatorios y suspensión condicional del proceso", México, Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM, <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/9/4032/21.pdf>, p. 251

- La culminación del programa de TTA, así como la reparación del daño a terceros, trae como consecuencia la extinción de la acción penal o sobreseimiento del proceso. La persona queda sin antecedentes penales.
- La SCP puede revocarse si el participante fuera condenado por un nuevo delito o incumple injustificadamente, en forma grave o reiterada, las condiciones impuestas. Trayendo como consecuencia la continuación del proceso penal.

Por consiguiente, el Programa de Justicia Terapéutica o de TTA bajo la figura de Suspensión Condicional del Proceso (SCP, de ahora en adelante) establece un sistema de controles por períodos de tiempo en las que el imputado debe de cumplir una serie de condiciones como estar sometido a tratamiento de desintoxicación y deshabitación de sustancias psicoactiva de forma ambulatoria o residencial, abstenerse de consumir drogas, dejar de frecuentar determinado lugares o personas, estar sujeto a vigilancia por una autoridad judicial, entre otras obligaciones (artículo 195). En caso de incumplimiento el Juez de Control puede aplicar medidas para fomentar la adherencia y rehabilitación del participante como ordenar el arresto de la persona por 36 horas, ampliar el tiempo del tratamiento y en caso extremo ordenar la expulsión por incumplimiento reiterado de las condiciones impuestas.

En cuanto a la aplicación del PJT bajo la figura de acuerdos reparatorios la Guía de JT contempla dicha posibilidad¹⁷⁴ señalando que proceden en delitos que se persiguen por querrela, siendo necesario el perdón de la víctima u ofendido, contra delitos patrimoniales sin violencia y delitos culposos, se excluyen delitos de violencia familiar o cuando el imputado hay incumplido antes un acuerdo reparatorio.¹⁷⁵ No obstante, existe un vacío legal y nula explicación por parte de la Guía Metodológica del Modelo de JT sobre su desarrollo, imposición y supervisión judicial, ya que contraviene a la naturaleza jurídica procesal de los acuerdos reparatorios que es la extinción de la acción penal desde el acuerdo entre la víctima e imputado con aprobación del Ministerio Público o Juez

¹⁷⁴ Los acuerdos reparatorios tienen su fundamento en los artículos 184 y 186 del CNPP.

¹⁷⁵ Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, "Modelo mexicano del programa de justicia terapéutica para personas con consumo de sustancias psicoactivas: Guía metodológica", Op. Cit. 96.

de Control, por lo que, al repararse el daño no estaría obligado a cumplir con las condiciones que establece CNPP para la SCP.

Por otro lado, como “Mecanismo Alternativo a la Ejecución de la Pena”, la Ley Nacional de Ejecución Penal contempla un capítulo entero denominado Justicia Terapéutica. Aborda las bases del programa, su objeto de aplicación, los principios bajo los cuales se rigen, su procedimiento, las etapas, el tratamiento, los incentivos y medidas disciplinarias, y las causas de revocación¹⁷⁶.

El Programa de TJ en ejecución de la pena de prisión va enfocado principalmente a delitos patrimoniales sin violencia y al igual que la SCP, la participación debe ser voluntaria, con consentimiento previo, libre e informado de la persona sentenciada, y la garantía de reparación del daño a la víctima u ofendido. La diferencia entre estas dos figuras es en los tiempos procesales en los cuales se solicitan¹⁷⁷.

Por otra parte, el PTJ también pueden aplicarse para adolescente con conflicto con la ley por trastorno de consumo de sustancias psicoactivas. La Ley Nacional del Sistema Integral de Justicia Penal para Adolescentes, prevé la posibilidad de que el adolescente con problema de uso de sustancias que enfrente un proceso penal pueda solicitar la Suspensión Condicional del Proceso con la obligación de acatarse a una serie de condiciones que marca la norma, como el de someterse a tratamiento de rehabilitación (fracción VI del artículo 102 de la ley en cita).¹⁷⁸

En el siguiente subtema se describen los actores que participan el programa de JT y la función que cada uno tiene y como estos pueden influir en los participantes de forma positiva o negativa.

2.2.2. Funciones de las autoridades en los TTA

La complementariedad y el trabajo en equipo de los actores que participan en los PJT o TTA constituyen un elemento importante en el desarrollo, adherencia y recuperación

¹⁷⁶ Capítulo VIII, Justicia terapéutica, sección primera Generalidades, artículo 169 al 199, de Ley Nacional de Ejecución Penal, http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LNEP_090518.pdf.

¹⁷⁷ Capítulo VIII, Justicia terapéutica, sección primera Generalidades, artículo 169 al 199, de Ley Nacional de Ejecución Penal, http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LNEP_090518.pdf.

¹⁷⁸ Diario Oficial de la Federación, Ley Nacional del Sistema Integral de Justicia Penal para Adolescentes, <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LNSIIPA.pdf>

de los participantes. A continuación, se puntualiza a grandes rasgos los roles que desempeñan cada uno de estos agentes que participan en los PJT basados en las descripciones hechas por Droppelman Catalina y Hurtado Paula con apoyo de la Guía Metodológica de los PJT en México.¹⁷⁹

- Ministerio público o fiscal, debe de adaptar su rol acusatorio a uno más acorde a los objetivos del PJT. Tiene como nuevas funciones: averiguar casos que puedan ser incorporados al programa, es decir, identificar a posibles participantes, solicitar la suspensión condicional del proceso a favor del imputado cuando este no lo haya pedido, participar en el acuerdo de las condiciones que se establezcan, supervisar o dar seguimiento al cumplimiento de las obligaciones impuestas al participante, informar al juez en caso de incumplimiento, tener conocimiento del desarrollo del proceso de rehabilitación y participar de las audiencias de revisión. Cabe mencionar que, en algunos Estados de la República Mexicana, la función de supervisión y seguimiento de las condiciones establecidas por el juez, son llevadas a cabo por las Unidades Estatales de Supervisión a Medidas Cautelares y SCP (UMECA).
- Defensor, al igual que el fiscal debe flexibilizar su rol, esto no quiere decir que deje de asesorar o de defender los intereses de su cliente, sino orientar su actuar al momento de la rehabilitación del imputado. Sus funciones son: identificar a posibles participantes, informar a su cliente sobre el programa y posibles consecuencias frente al incumplimiento, cuidar los derechos del participante al momento de establecer las condiciones a cumplir, debe de estar al tanto del desarrollo del proceso de los participantes y participar en los bloques de audiencias.
- Juez de Control, es quien decreta la suspensión condicional del proceso, establece las condiciones, la duración del programa y vigila su cumplimiento por medio de audiencias de seguimiento puede imponer medidas disciplinarias en caso de incumplimiento, modifica las condiciones del acuerdo en función del comportamiento y los resultados obtenidos por el participante en el proceso de rehabilitación.

¹⁷⁹ Droppelman Catalina y Hurtado Paula, Explicaciones en clases, Lección E, “Rol de los agentes de justicia en los tribunales de tratamiento de drogas”, Curso en línea 2018. Centro de Estudios de la Justicia de las Américas CEJA-JSCA.

- Agente de supervisión, es el encargado de vigilar “el desempeño del programa realizando visitas de seguimiento de las condiciones impuestas durante la Ejecución del Programa e informando de manera periódica el cumplimiento del mismo, además de cumplir con los mandamientos judiciales o solicitudes del Equipo Multidisciplinario”.¹⁸⁰
- Profesionales de la salud, son los encargados de brindar los servicios de evaluación diagnóstica y tratamiento, de incorporar estrategias motivacionales que ayuden a los participantes a continuar el programa. Está integrado por un psicólogo, un asistente social, un médico y centros de rehabilitación públicos u organizaciones civiles.

Los documentos bajo los que se rige el PJT o TTA son la guía metodológica, el manual de procedimiento jurídico, protocolo sanitario, estrategias de reinserción social y Modelo Nacional de JT.¹⁸¹ Todos ellos coinciden que el componente de salud tiene un papel fundamental en la aplicación de la política pública y por esta razón los operadores de los TTA deben tener como base fundamental de la JT la aplicación de tamizajes, porque a partir del resultado confirmatorio dependerá el tipo de tratamiento a cursar “ambulatorio o residencial”.

No obstante, es importante cuestionar si realmente el programa de TTA basado en el tamizaje como pilar de selección, remisión y de control de seguimiento beneficia a los posibles candidatos o en su defecto criminaliza y estigmatiza a personas consumidoras. Pues, se visualiza desde la creación de los TTA hasta los objetivos del PND 2019-2024, la teoría de que existe una relación causa-efecto entre consumo y delito tomando al “consumo” como un factor de riesgo para la comisión de delitos, lo cual resulta problemático porque generaliza la conducta.

¹⁸⁰ Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, “Modelo mexicano del programa de justicia terapéutica para personas con consumo de sustancias psicoactivas: Guía metodológica”, México, Organización de Estados Americanos, 2016, p. 121.

¹⁸¹ Instituto de Justicia Procesal, AC-IJPP, “Tribunales de drogas, ¿solución o desafío a los derechos humanos?”, México, 2019, <https://ijpp.mx/tribunales-de-drogas-solucion-o-desafio-a-los-derechos-humanos/>, p. 20-21.

Partiendo de este punto, en el siguiente subtema se explican y se analizan algunas críticas que a nivel internacional y nacional que giran en torno a los programas de Tribunales de Tratamiento de Adicciones.

2.3. Críticas a los Programas de Tribunales de Tratamiento de Adicciones

Actualmente existe un debate entorno a la creación y expansión de los TTA, por un lado, se encuentran quienes afirman y consideran que los estos programas contribuyen a reducir la comisión de delitos, la reincidencia delictiva y la despresurización de los centros penitenciarios causados por el uso y consumo de sustancias psicoactivas a través de tratamientos de rehabilitación y bajo supervisión judicial, sin embargo, existe estudios que cuestionan su eficacia y afirmaciones. Algunos ejemplos son, es el estudio de Médicos por los Derechos Humanos sobre las Cortes de Drogas en los Estados Unidos citado en el trabajo de investigación de Cortes Drogas en México: Una crítica a partir de las experiencias de las mujeres por Equis, Justicia para las mujeres en México¹⁸², La Expansión de los Tribunales de Drogas en México por Tania Tlacaelt Ramírez Hernández, por mencionar algunos.

Dentro de las críticas que resaltan hacia el programa son:

a) La afirmación de que existe una relación causal entre el consumo de drogas y delito conlleva a la judicialización del programa y a la falta de consentimiento y autonomía de los participantes de querer recibir tratamiento. Si bien es cierto que la Guía JT trata de justificar dicha asociación a través de estadística sobre incidencia delictiva a nivel nacional identificado los delitos que prevalecen más contra la salud, como el de posesión que incluye consumo, transporte, tráfico, comercio, suministro, producción¹⁸³, entre otros. Así como encuestas nacionales que hacen referencia a las situaciones vulnerables que vivieron las personas privadas de su libertad en sus hogares antes de los 15 años arrojando la cercanía con el consumo frecuente de alcohol y droga por parte de un

¹⁸² Giacomello, Corina y Erreguerena Isabel, "Cortes de Drogas en México: Una crítica a partir de las experiencias de las mujeres", Equis Justicia para las mujeres, https://equis.org.mx/wp-content/uploads/2018/10/Cortes_de_Drogas.pdf, p. 14-17.

¹⁸³ Gobierno de México, "Guía de Justicia Terapéutica", México, 2018, veasé en https://justicia.segob.gob.mx/work/models/UASJ/Documentos/PDF/Guia_de_Justicia_Terapeutica.pdf, p. 6-14.

familiar.¹⁸⁴ También lo es, que no toda persona consumidora de sustancia comete delitos y no todo criminal tiene un trastorno de consumo de sustancias psicoactiva, por lo que, resulta incongruente el querer asociar estas dos variables basado en estadísticas que solo reflejan factores dinámicos, es decir, que son cambiantes o modificables en las personas, que pueden desarrollarse o no.

Sumando que, los artículos 193 bis, 478, 481 de la Ley General de Salud desde la reforma de 2009, prevén el no ejercicio de la acción penal en contra de personas consumidoras o con problemas de uso dependiente de sustancias, que posea alguna de las sustancias señaladas en la tabla para consumo personal (artículo 479), en igual o menor cantidad a las previstas, la autoridad judicial puede informar de los centros o instituciones de salud pública para que estos proporcionen información u oriente a formar parte en los programas de tratamiento contra la farmacodependencia o en aquellos preventivos de la misma.¹⁸⁵ Más no es función del Juez obligar a consumidores a rehabilitarse ni tampoco es obligación del consumidor aceptar recibir tratamiento por parte de instituciones públicas o privadas bajo vigilancia y seguimiento judicial, porque ni siquiera deberían de estar contemplados en el sistema para ser detenidos, por lo que, al ser arrestados y vinculados a un programa de TTA o PJT por un estudio confirmatorio de sustancias y/o portar las cantidades permitidas solo refleja una criminalización en torno al consumo y un consentimiento mermado por temor a enfrentar un proceso penal por posesión simple de sustancias.

En segundo lugar, no se debería de poner al imputado en una posición de elección, de orillarlos a aceptar recibir tratamiento de rehabilitación, aunque no sean consumidores dependientes o consumidores con problemas de uso consuetudinario de sustancias bajo la promesa de quedar sin antecedentes penales, esto conlleva a que los TTA sean utilizados como una forma de evadir el sistema o válvula de escape.

Derivado a lo anterior, se encuentra la tercera crítica. Los TTA no son alternativas al encarcelamiento, ya que, aumentan la supervisión judicial y las sanciones hacia usuarios sometidos a tratamiento de las que no hubieran recibido de haber llevado un

¹⁸⁴ Ibidem, p. 12-13.

¹⁸⁵ Diario Oficial de la Federación, Ley General de Salud, <http://www.ordenjuridico.gob.mx/Documentos/Federal/pdf/wo11037.pdf>. Art

procedimiento ordinario, por ejemplo se castiga el incumplimiento de las condiciones impuestas como: la inasistencia al programa con la suspensión, las recaídas con la ampliación del tiempo de tratamiento y estudios toxicológicos más frecuentes y al azar, arrestos por treinta seis horas, y en casos extremo la expulsión, entre otras sanciones. Por lo que, la suspensión o expulsión trae como consecuencia la reanudación del proceso penal, experimentado por parte del participante una doble sanción y sin la posibilidad de que se le otorgue de nueva cuenta alguna otra alternativa de solución de conflicto.

Un claro ejemplo de lo anterior, son los resultados de las entrevistas realizadas por investigadores del Instituto de Justicia Procesal Penal, A.C., a participantes del programa de TTA en Nuevo León, expresaron no haber recibido información suficiente acerca del número de supervisiones, audiencias y duración del programa y que de haber sabido que el PJT implicaría más requisitos no habrían optado por dicha condición.¹⁸⁶ Por ende, es necesario que las autoridades que participan en estos programas brinden y proporcionen la mayor información posible a los candidatos sobre el plan de integración, desarrollo y seguimiento del tratamiento al cual serán sometido las personas. Así mismo, que las autoridades judiciales y de seguridad publica sepan distinguir entre consumidor, dependiente y delitos relacionados con narcotráfico, y que tengan conocimiento de las reglas relativas a la cantidad de posesión de drogas que puede traer consigo una persona. Las cifras del censo sobre incidencia delictiva del último año (citada en el primer capítulo) refleja un incremento de detenciones de delitos contra la salud por posesión de drogas simple, la mayoría de las personas fueron detenidas en flagrancia, para posteriormente ser evaluados con un tamizaje consistente en pruebas de alcoholemia, de saliva, orina, de sangre y en algunos casos -dependiendo de los operadores de TTA- cuestionarios o entrevistas relativas a la frecuencia y factores de riesgo de consumo. Sin embargo, el diagnostico confirmatorio de que la persona se encontraba bajo los influjos de alguna sustancia no arrojan un análisis profundo sobre dependencia o trastorno de

¹⁸⁶ Instituto de Justicia Procesal, AC-IJPP, "Tribunales de drogas, ¿solución o desafío a los derechos humanos?, México, 2019, <https://ijpp.mx/tribunales-de-drogas-solucion-o-desafio-a-los-derechos-humanos/>, p. 27.

uso de sustancias, por el contrario, refleja una visión punitiva y persecutoria hacia consumidores jóvenes y en contextos de precariedad.

En cuarto lugar, los TTA son un aparato de justicia criminal pues nació desde una perspectiva de combate al tráfico ilícito de drogas, por lo que no funcionan como una intervención de salud. Es el Juez de Control o Juez de Ejecución de Sentencia los que toman las decisiones con relación al tratamiento y, aunque dentro de las audiencias participe personal de los centros de tratamiento sobre el avances y retrocesos del participante, se ha observado dentro los estudios realizados que caen en respuestas paternalistas o excesivas en la imposición de castigos.¹⁸⁷

b) Acceso a la salud y violación de los derechos humanos

En quinto lugar, se resalta la selección de mejores candidatos para concluir el tratamiento, pues la mayoría de los participantes no son dependientes de sustancia, esto provoca la exclusión de personas que realmente si tiene un problema de control y uso de sustancias, pero al ser recurrente de conductas delictivas o al no contar con una red de apoyo no son admitidas, ya que tienen menos probabilidad de terminar con éxito el tratamiento.

Hay que recordar que el derecho a la salud es un derecho humano el cual debería de garantizarse a todos sin importar quien o quienes tienen mayor probabilidad de concluir un tratamiento, por lo que dicho derecho esta condicionado a un aparato de justicia penal, así mismo se refuerza la criminalización de consumidores no dependientes exponiéndolos a situaciones que pueden afectar su salud e integridad, ya que, los servicios de tratamiento público a nivel nacional son escasos y prevalecen instituciones privadas y religiosas (anexos) que muchas veces carecen de conocimiento sobre dependencia de sustancias psicoactivas, tratamiento y estándares médicos, trayendo como consecuencia abusos y violaciones a derechos humanos.

Y, por último, los TTA y los centros de tratamiento, ya sea ambulatorio o residencial operan bajo una visión de desintoxicación total y abstinencia de sustancias, descartan

¹⁸⁷ Giacomello, Corina y Erreguerena Isabel, "Cortes de Drogas en México: Una crítica a partir de las experiencias de las mujeres", Equis Justicia para las mujeres, https://equis.org.mx/wp-content/uploads/2018/10/Cortes_de_Drogas.pdf, p. 14-17.

otro tipo de tratamiento y servicios de prevención de riesgos de daños, como la prescripción de medicamentos sustitutos, por ejemplo, programas de mantenimiento con metadona. Cabe mencionar que, el reporte informativo de Derechos humanos y Políticas de Drogas: reducción de daños cita que “los síntomas de abstinencia pueden causar daños severos y sufrimiento hacia las personas que están recluidas en centros de tratamiento o de detención si no son atendidos con un tratamiento médico adecuado, negarlo o la ausencia de ellos constituye un tratamiento o castigo cruel, inhumano y degradantes”.¹⁸⁸ Por ende, es necesario reflexionar si realmente los TTA son una respuesta y mecanismo adecuado para abordar un tema de salud, pues no están diseñados para adaptarse a las necesidades de los diferentes de tipos de consumo, problema que radica de raíz desde su objetivo y selección de candidatos agregando que el éxito y eficacia del programa se mide con relación al tiempo de abstinencia que lleva el participante durante el programa.

En resumen, los programas TTA no son tribunales o juzgados especiales, ni especializados en el tema, buscan ser mecanismo alternativo de solución de conflicto para personas que derivado de la dependencia de sustancias o consumo problemático de alcohol y/o droga están inmersas en el sistema penal por la comisión de un delito, actualmente no existen estudios concluyentes que confirmen que los TTA o PJT reducen la reincidencia delictiva y/o merman la sobrepoblación de las cárceles, por el contrario, se ha demostrado que es un modelo que puede reproducir conductas de criminalización hacia consumidores y dependientes de sustancias.

En ese orden de ideas, en el siguiente capítulo se analiza la implementación del TTA o PJT en el Estado de Chiapas, los avances y experiencias en cuanto a su aplicación, ya que, el programa funciona de manera diferente al resto de las demás entidades Federativas, debido a que el CENTRA, institución encargada de brindar tratamiento a las personas con dependencia o consumo problemático de sustancias, depende directamente de la Procuraduría General de Justicia del Estado. De manera que, se debe

¹⁸⁸ GROVER, Anand, “Derechos Humanos y Política de Drogas: Reducción de daños”, Reporte informativo uno, Naciones Unidas para el Derecho al Estándar Máximo de Salud, https://www.hri.global/files/2011/06/14/IHRA_BriefingSpanish_1.pdf

de analizar los efectos que conlleva la aplicación del PJT desde un enfoque penal y no de salud.

CAPITULO III

PROGRAMA DE JUSTICIA TERAPÉUTICA PARA PERSONAS CON USO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVA EN EL ESTADO DE CHIAPAS

El Estado de Chiapas adopta el modelo de Programa de Justicia Terapéutica, el 18 de noviembre de 2014, a través de un Convenio Marco de Cooperación con la Secretaria General de la Organización de los Estados Americanos en Washington, Estados Unidos, pero fue hasta el 16 de enero de 2017 que el Consejo de la Judicatura del Poder Judicial del Estado de Chiapas decidió emitir un Acuerdo General, por el cual se habilitaba la Sala de Audiencia para Justicia Terapéutica del Tribunal Superior de Justicia a efecto de dar seguimiento a los programas de rehabilitación realizados por el Centro para la Prevención y Tratamiento en Adicciones (CENTRA).

Por lo que, el Programa de Justicia Terapéutica (PJT) es una realidad en el Estado desde el 01 de febrero de 2017, como parte de la construcción de una política pública cuya finalidad es la disminución de la reincidencia delictiva, la rehabilitación y la reinserción del usuario dependiente de drogas y/o alcohol a la sociedad.

A continuación, se presenta el estudio de la implementación del PJT en el Estado, su funcionamiento y aplicación bajo la figura de Suspensión Condicional del Proceso y Criterios de Oportunidad, así como el análisis de las clínicas del CENTRA en la Ciudad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

Ilustración 1. Coordinación de Centro para la Prevención y Tratamiento en Adicciones



Imagen extraída de la página oficial de la Fiscalía General del Estado de Chiapas

3.1. Implementación del Programa de Justicia Terapéutica en el Estado de Chiapas

Conforme al Decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación, el 05 de marzo de 2014, se expide el Código Nacional de Procedimientos Penales ratificando la reforma constitucional de junio de 2008, el cual tenía como plazo legal el 18 de junio de 2016.

Dicho ordenamiento, actualmente vigente en todo el territorio nacional, establece en su artículo 184 salidas alternas como la Suspensión Condicional del Proceso, decretada por los Jueces de Control a favor de los imputados que se encuentren en los casos que contempla el artículo 192 del CNPP, el cual decreta un plan detallado sobre el pago de la reparación del daño y el sometimiento de la persona a una o varias condiciones que marca la ley, entre ellas la participación en programas especiales para la prevención y tratamiento de adicciones.

En consecuencia a lo anterior, el 18 de noviembre de 2014 a través de un Convenio Marco de Cooperación, El Gobierno de Chiapas y la Secretaria General de la Organización de los Estados Americanos se comprometieron a establecer el diseño y desarrollo de políticas públicas a favor de la seguridad social, entre ellos la

implementación del Programa de Justicia Terapéutica, el cual funcionaria bajo la figura de Suspensión Condicional del Proceso, a cargo de los Jueces de Control, en beneficio de ciudadanos que, producto del consumo de sustancias psicoactivas y/o alcohol, hayan cometido un hecho delictivo, se sometan a un tratamiento de rehabilitación previa reparación de daños y perdón de la víctima antes de enfrentar una pena privativa de la libertad.¹⁸⁹

Derivado de lo anterior, el 16 de enero de 2017, el Consejo de la Judicatura del Poder Judicial del Estado de Chiapas emite el Acuerdo General 01/2017, en el que se habilita la Sala de Audiencias para Justicia Terapéutica del Tribunal Superior de Justicia ubicada en el municipio de Tuxtla Gutiérrez con la finalidad de dar seguimiento al programa de tratamiento de adicciones impartidos a cargo del equipo multidisciplinario del Centro para la Prevención y Tratamiento de Adicciones (CENTRA) entrando en función el 01 de febrero de 2017.

El acuerdo también establece una base del programa, el cual consta de un *“procedimiento de solicitud, del perfil del personal habilitado para participar en las audiencias de seguimiento, del control de verificación de cumplimiento, graduación (conclusión del programa) y/o revocación del PJT bajo la figura de SCP o en aplicación de un “Criterio de oportunidad” otorgado por el Fiscal del Ministerio Público”*.¹⁹⁰

El 10 de agosto de 2017, se emitió el Acuerdo General 06/2017, para extender el programa de Justicia Terapéutica hacia jóvenes con conflicto con la ley derivado del trastorno y uso de sustancias psicoactivas y/o alcohol, por lo que, se habilitó una sala de

¹⁸⁹ Consejo de la Judicatura del Poder Judicial del Estado de Chiapas, “Acuerdo General 01/2017 Del Pleno del Consejo de la Judicatura del Estado de Chiapas por el que se habilita la sala de audiencias de Justicia Terapéutica del Centro Especializado para la Prevención y Tratamiento de las Adicciones para dar seguimiento a la SCP decretada por los Jueces de Control a favor de imputados que se sometan a los programas de tratamiento de adicciones”, México, 2017, https://www.poderjudicialchiapas.gob.mx/archivos/manager/ACDO_GRAL_01_2017_SALA_DE_JUSTICIA_TERAPEUTICA.pdf

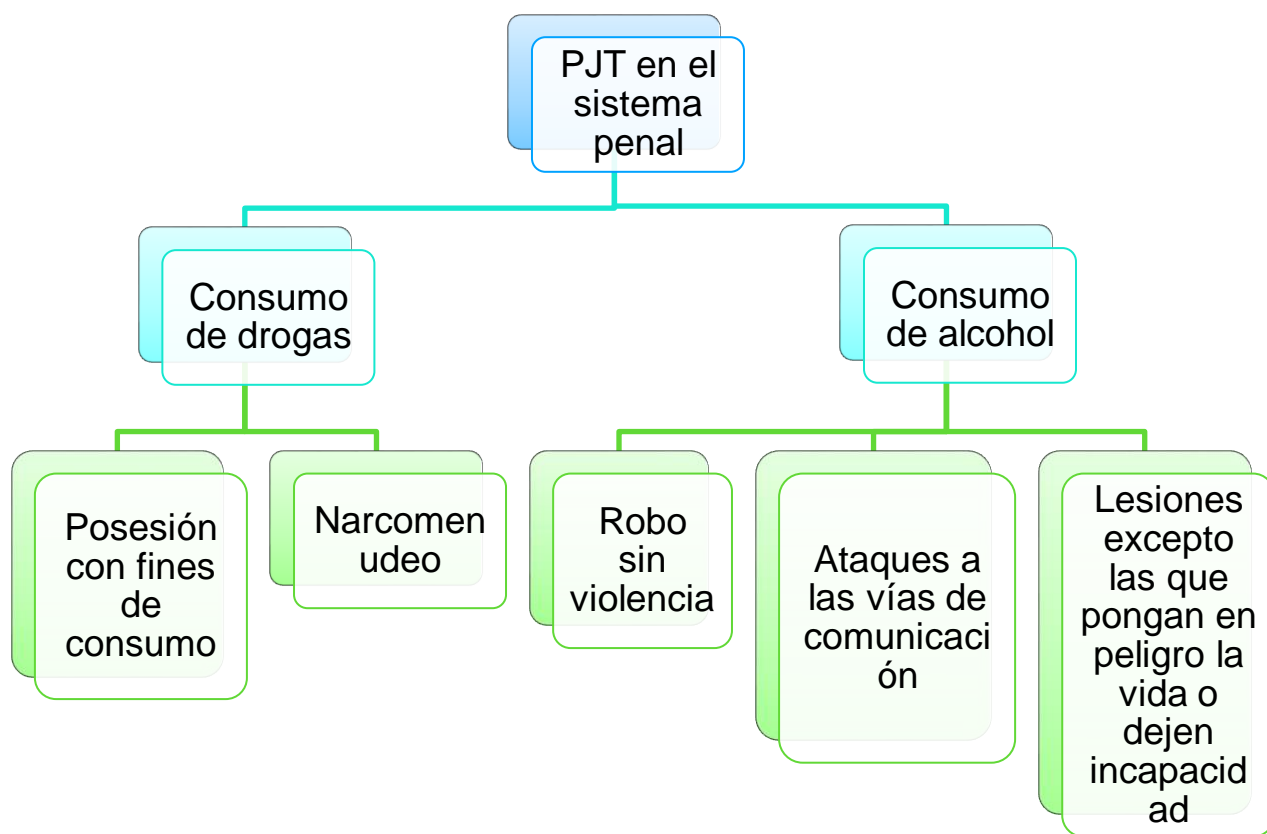
¹⁹⁰ Consejo de la Judicatura del Poder Judicial del Estado de Chiapas, “Acuerdo General 01/2017 Del Pleno del Consejo de la Judicatura del Estado de Chiapas por el que se habilita la sala de audiencias de Justicia Terapéutica del Centro Especializado para la Prevención y Tratamiento de las Adicciones para dar seguimiento a la SCP decretada por los Jueces de Control a favor de imputados que se sometan a los programas de tratamiento de adicciones”, México, 2017, https://www.poderjudicialchiapas.gob.mx/archivos/manager/ACDO_GRAL_01_2017_SALA_DE_JUSTICIA_TERAPEUTICA.pdf

audiencias para Justicia Terapéutica Especializada en Adolescentes del Tribunal Superior de Justicia, para dar seguimiento a los programas de tratamiento de dependencia de sustancias a favor de una suspensión condicional del proceso o en aplicación de un criterio de oportunidad otorgado por el Fiscal. Cabe mencionar que, el programa para adolescente se aplica y funciona exactamente igual que el PJT para adultos, el tratamiento se encuentra a cargo del CENTRA y encuentra su fundamento en la Ley Nacional del Sistema Integral de Justicia Penal para Adolescentes.

Los operadores del programa son: la Fiscalía General del Estado, Consejo de la Judicatura del Poder Judicial del Estado, Secretaría de Seguridad Pública, Secretaría de Salud. Esta conformada por una “Fiscalía de Distrito Especializada, una Mesa de Trámite Especializada, una Sala Especializada en Justicia para Adolescentes, dos Juzgados Especializados, una Coordinación de CENTRA y cinco clínicas CENTRA¹⁹¹”

Proceden contra los delitos cometidos bajo el influjo de alcohol y/o droga cuya medida aritmética no rebase los cinco años de privación de la libertad estipulados en el artículo 164 de la Ley Nacional del Sistema Integral de Justicia Penal para Adolescentes, incluyendo los delitos de daños culposos y dolosos, como el allanamiento. Se clasifican de la siguiente manera:

¹⁹¹ Centro Especializado para la Prevención y Tratamiento de Adicciones, ¿Qué es CENTRA? Véase en: <https://www.fge.chiapas.gob.mx/CENTRA/Servicios>



Fuente: elaboración propia, datos extraídos de la página oficial del CENTRA, <https://www.fge.chiapas.gob.mx/CENTRA/Servicios>.

En cuanto a las clínicas del CENTRA fueron creadas en 2007 como parte de los compromisos que adquirió el Gobierno de Chiapas, en el Acuerdo “Nacional por la Seguridad, la Justicia y la Legalidad” y “Por un Chiapas aún más seguro”, su fin era disminuir el índice de dependencia de sustancias psicoactivas y alcohol en el Estado, así como atender gratuitamente a las personas que lo necesiten.¹⁹² Fue así como en ese año nace el primer CENTRA, en el municipio de Berriozábal bajo los lineamientos de la

¹⁹² Procuraduría General de Justicia del Estado de Chiapas, “Acuerdo Nacional por la Seguridad, a la Justicia y la Legalidad”, México, 2009, véase en: http://sesesp.chiapas.gob.mx/sispypj/web/site/download?filename=%2Fstorage%2FFGE%2F2009%2F2009_4TRIM_PROGRAM.pdf&alias=FGE_2009_4TRIM_PROGRAM.pdf, p.38-39.

Norma 028 del Sector Salud, para luego expandirse a los municipios de Tonalá, Tapachula, Comitán, Pichucalco y una sede en San Cristóbal de las Casas (modalidad de tratamiento ambulatorio)¹⁹³.

La Fiscalía General del Estado de Chiapas, a través de su portal, establece que el programa de tratamiento del CENTRA puede ser residencial o ambulatorio. El primero de ellos es el internamiento de tres meses (doce semanas) de la persona en las instalaciones del CENTRA, teniendo como base el Programa de Recuperación de Alcohólicos y Narcóticos Anónimos consiste en los 12 pasos y grupos focales de experiencias personales compartidas, así mismo cuentan con asesoría y orientación personal, asistencia médica y psicología, talleres, juntas, actividades deportivas y recreativas. El CENTRA tiene como objetivo que en el periodo de noventa días se logre una desintoxicación total, tratamiento y rehabilitación del interno, así como la reunificación, reconciliación y colaboración de la familia, pues son parte fundamental en la reinserción social como red de apoyo, es necesario que ambos trabajen conforme a los lineamientos y programas establecidos para llegar al objetivo.¹⁹⁴

Criterios de inclusión para el ingreso a tratamiento residencial de usuarios en relación al PJT bajo SCP o en aplicación de un Criterio de Oportunidad son los siguientes:¹⁹⁵

- La voluntad del participante se exceptúa cuando hayan sido referidas por alguna autoridad jurisdiccional (MP o Juez).
- Edad mínima para ingreso 14 años y 65 años como máximo, estos últimos se incluyen cuando no existan impedimentos médicos, cognitivos o alteraciones psiquiátricas para el desarrollo del tratamiento.
- Confirmación de un diagnóstico previo de dependencia a sustancias psicoactivas
- Compromiso personal y familiar por parte del usuario para lograr la rehabilitación

¹⁹³ Centro Especializado para la Prevención y Tratamiento de Adicciones, ¿Qué es CENTRA? Véase en: <https://www.fge.chiapas.gob.mx/CENTRA/Servicios>

¹⁹⁴ *Idem*

¹⁹⁵ Centro Especializado para la Prevención y Tratamiento de Adicciones, “Criterios”, Véase en: <https://www.fge.chiapas.gob.mx/CENTRA/Servicios>

- Presentación de documentación de algún familiar responsable o tutor, así del usuario.

Por otra parte, el tratamiento ambulatorio tiene una duración de seis meses y, a diferencia del anterior, la persona no se encuentra recluida o internada en algún centro, no obstante tiene que acudir durante cuatro meses a terapias individuales y grupales, y dos meses de terapias grupales de ayuda mutua, debe de participar en actividades destinadas a promover un cambio en la conducta del beneficiario en cuanto al uso y consumo de sustancias psicoactivas, en su ámbito familiar, escolar o laboral, y en sus niveles emocionales.

Criterios de inclusión para el ingreso a tratamiento ambulatorio:

- La voluntad del participante se exceptúa cuando hayan sido por orden expresa de alguna autoridad jurisdiccional (MP o Juez de Control).
- Personas beneficiadas en aplicación de un Criterio de Oportunidad o SCP.
- Personas que presenten un consumo experimental de alcohol o drogas.
- Edad mínima para ingreso 14 años y 65 años como máximo, estos últimos se incluyen cuando no existan impedimentos médicos, cognitivos o alteraciones psiquiátricas para el desarrollo del tratamiento.
- Confirmación de un diagnóstico previo de uso de sustancias psicoactivas.
- Compromiso personal y familiar por parte del usuario para lograr la rehabilitación.
- Presentación de documentación de algún familiar responsable o tutor, así del usuario.
- Oficio de solicitud de ingreso al tratamiento cuando hayan sido referidos por la autoridad.

De los criterios de inclusión antes expuestos resalta que para ser candidato al PJT no es necesario la voluntad de la persona infractora, basta con la orden expresa del Juez de Control o por el Fiscal del MP para ser remitido a tratamiento ambulatorio o en su defecto residencial (internamiento), de igual forma, se excluye una dependencia de sustancias psicoactivas y/o alcohol, pues con un consumo experimental o problemático

una persona podría ser vinculado a tratamiento como una condición (obligación) a cumplir para evitar un proceso penal. Abría que preguntarse si la exclusión de estos dos criterios por parte de los actores legales en el Estado de Chiapas trae consecuencias positivas en los actores y en la reducción de la criminalidad o en su defecto recaen en paternalismo, cohesión o evasión de la justicia.

3.2. Estructura y funcionamiento local del Programa de Justicia Terapéutica

a) PJT bajo Suspensión Condicional del Proceso (SCP)

De acuerdo al Modelo mexicano del Programa de Justicia Terapéutica para personas con uso de sustancias psicoactivas y los Acuerdos Generales a nivel local se distinguen de una serie de fases que va desde el ingreso del caso hasta el sobreseimiento del juicio bajo SCP:¹⁹⁶

En primera fase a nivel nacional, la policía detiene a la persona por flagrancia o por citación, una vez hecha la investigación correspondiente, se solicita al Juez la audiencia de control de detención, de conformidad con el artículo 308 del CNPP. En esta etapa se conoce los antecedentes y motivos por los cuales fue detenida y puesta a disposición la persona, una vez calificada como legal la detención, el Ministerio Público (MP) por su parte solicita la Vinculación a Proceso, siendo responsabilidad del Juez escuchar a las partes y resolver. Cabe mencionar que el MP o el defensor a favor del imputado podrá solicitar la SCP con la condición de que el sujeto se someta a algún programa de control y prevención de adicciones (artículo 195 fracción IV del CNPP). Por lo que, el Juez de Control evaluará si el caso expuesto cumple con los requisitos marcados en el artículo 192 del ordenamiento antes citado, preguntará al imputado si es su deseo ingresar al PJT y de acatarse con las obligaciones que imponga el programa de tratamiento, de ser así, la autoridad jurisdiccional recepciona el oficio de propuesta para integrarlo al expediente del imputado, y solicita al centro de tratamiento que realice un diagnóstico en el que se confirme si efectivamente la persona es apta para ingresar al sistema. Teniendo

¹⁹⁶ Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, "Modelo mexicano del programa de justicia terapéutica para personas con consumo de sustancias psicoactivas: Guía metodológica", México, Organización de Estados Americanos, 2016, p. 223.

el diagnóstico y determinando su factibilidad se señala fecha y hora para la celebración de la Audiencia Inicial notificando a los participantes.

En Chiapas el procedimiento puede variar en su aplicación, de principio son las autoridades de seguridad pública las que tiene que detectar de oficio a los posibles participantes del programa mediante un diagnóstico inicial consistente en un tamiz (prueba de alcoholemia, sangre u orina) dependiendo del resultado, se manda a llamar a un miembro del equipo multidisciplinario del CENTRA “un psicólogo” para la aplicación de un cuestionario basado en el historial de consumo del detenido y, dependiendo del resultado puede proponerle directamente al detenido la posible inclusión al programa. Si se acepta se gira oficio al Juez de Control para solicitar audiencia para vinculación al programa. Por el contrario, sí es solicitado por el imputado o defensor (poco común) este tiene que presentar una solicitud ante la autoridad judicial para ingresar al programa, como el procedimiento antes descrito.

De acuerdo con la entrevista realizada a la Coordinadora del CENTRA en la Ciudad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas el día 29 de julio de 2019 acerca de ¿cómo funciona el proceso de captación y reclutamiento que hace el CENTRA en colaboración con la fiscalía? Respondió lo siguiente:

“Por ejemplo, por el delito de ataques a las vías de comunicación, la persona tiene que cumplir las 48 horas en separos, a las 24 horas de estar detenidos bajamos a valorar, una psicóloga es la encargada de realizar el cuestionario o test, se realiza el informe y se le entrega MP, pasando el término, la persona se retira, es decir, queda en libertad, posteriormente el MP le entrega un informe o documento donde le explica a la persona que tiene que pasar con nosotros para que lo agendemos. O bien, la misma autoridad le habla por teléfono o le van a dejar por medio de un citatorio un documento donde le especifican que tiene que venir nuevamente a la coordinación para agendar con nosotros.”¹⁹⁷

Segunda fase, se cita Audiencia Inicial para que el Juez ordene la SCP, de conformidad con los requisitos de elegibilidad, el imputado expresa su deseo de

¹⁹⁷ Entrevista realizada a la Coordinadora del Centro Especializado para la Prevención y Tratamiento de Adicciones, en la Ciudad de Tuxtla Gutiérrez, visualizar el apartado de anexo.

someterse al Programa; los encargados u operadores del centro de Tratamiento exponen el programa o plan individual al que tendrá que someterse el beneficiario (ambulatorio o residencial), y se delimita las condiciones que debe cumplir (derechos, obligaciones y consecuencias como la aplicación de incentivos y en su caso medidas disciplinarias); de igual forma, el Ministerio Público solicita el pago de la reparación del daño a la víctima u ofendido mediante un Plan de Reparación delimitando los plazos para cumplirlo. Una vez aceptando todo lo expuesto, se remite al participante al tratamiento; sin antes fijar la periodicidad de las audiencias de control de seguimiento del proceso terapéutico.

En cuanto a la aplicación procesal a nivel nacional como local funcionan de la misma manera. Algunas diferencias encontradas son: en cuanto a la tutela del tratamiento, ya que, el Estado de Chiapas, -como ya quedo descrito- al contar con cinco clínicas CENTRAS, vinculadas a la Fiscalía General del Estado de Chiapas, son las responsables de brindar tratamiento, a diferencia de otros estados en donde funcionan este programa dejando abierta la posibilidad de que el imputado pueda seleccionado la clínica o centro de atención público o privado.

El Titular de la Coordinación General del CENTRA y su equipo multidisciplinario (área de psicología y jurídica) son quienes realizarán los estudios correspondientes para la inclusión del usuario al programa. Basando en un estudio integral consistente: ¹⁹⁸

- Asistencia a sesiones
- Opinión familiar
- Opinión escolar y/o laboral
- Nivel de adherencia a su entorno social
- Actividades realizadas en materia de trabajo social
- Resultados de los exámenes toxicológicos

De conformidad con el Acuerdo No. PGJE/001/2017 expedido por la Procuraduría General de Justicia del Estado de Chiapas establece que: “*Se seleccionarán aquellos que sean susceptibles de seguimiento, verificación de cumplimiento, graduación o en su*

¹⁹⁸ Procuraduría General de Justicia del Estado de Chiapas, Acuerdo No. PGJE/001/2017

defecto revocación del programa".¹⁹⁹ Será el área de psicología y el departamento jurídico del CENTRA, los responsables de emitir la valoración y estudio integral de los beneficiarios en las audiencias de seguimiento que se realicen ante el Juez.

Por ende, esto podría generar la selección de mejores candidatos para concluir el tratamiento con éxito, ya que serían remitidos al programa personas que pudieran tener o no un problema con el uso y consumo de sustancias psicoactivas y/o alcohol, evadiendo la voluntad de la persona para someterse a tratamiento como ya quedó indicado en los criterios de selección que realiza la autoridad legal: hay que recordar que en el tratamiento ambulatorio, no es necesario acreditar un trastorno o dependencia solo basta la existencia de un consumo experimental. Trayendo como consecuencia en primer lugar, la exclusión de personas con problemas de dependencias de sustancias que han sido arrestadas en otras ocasiones por presentar conflicto con la ley, y segundo lugar, el temor por parte de los detenidos a enfrentar penas altas y generar antecedentes penales por haber rechazado el tratamiento.

Otra diferencia observada es: en relación a la disposición de la víctima u ofendido de otorgar el perdón o consentimiento hacia el imputado. Esta puede variar de la existencia de la misma.

De acuerdo con la entrevista realizada a la Coordinadora del CENTRA en la Ciudad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas acerca de si ¿Es necesario el perdón de la víctima para que el imputado pueda recibir tratamiento? Respondió:

“No, eso es aparte, le otorgue o no el perdón la víctima la persona esta por un tratamiento de adicciones nada más. Como institución no podemos convencer o proponer a la víctima que otorgue el perdón al imputado, imagínate que esta persona no solamente causo daños materiales sino también mato de manera imprudencial a alguien, como familiar lo que se busca es que el imputado pague.”

Etapa tres a nivel nacional: el desarrollo del tratamiento clínico, estará bajo la supervisión del centro de tratamiento y la Unidad de Medidas Cautelares y Suspensión

¹⁹⁹ Procuraduría General de Justicia del Estado de Chiapas, Acuerdo No. PGJE/001/2017

Condicional del Proceso (UMECA), el cual continuamente pasará un informe al Juez de Control para que valore los avances de la persona. Si el imputado o el participante culminará el tratamiento satisfactoriamente, se sobresee el juicio, dando así por terminado el proceso.

En Chiapas: Es el CENTRA quien tienen la función de informar a las autoridades jurisdiccionales y administrativas los avances de los usuarios, y de establecer las medidas a tomar en caso de su incumplimiento, toda vez que, la UMECA no cuenta con oficinas auxiliares en otros municipios que no sea la capital del Estado (Tuxtla Gutiérrez) para dar cumplimiento de sus funciones en todo el territorio chiapaneco.

Ante ello, la Coordinadora del CENTRA a nivel estatal confirmó la nula participación de dicha institución en el seguimiento de las condiciones impuestas bajo SCP, al responder en la siguiente pregunta: ¿La Unidad de Medidas Cautelares (UMECA) que función tiene en cuanto al seguimiento del Programa de Justicia Terapéutica?

“Le dan seguimiento a la persona por medio de nosotros que lleven su tratamiento, pero no le dan seguimiento como tal, la UMECA me pide informe de su tratamiento, como va, si esta asistiendo o no, pero como tal que le den seguimiento o que supervisen a nuestros pacientes no.”

Por tanto, las audiencias de seguimiento, verificación de cumplimiento, graduación o revocación bajo SCP correrán a cargo del Juez de Control autorizado:²⁰⁰

- 1) Una vez que el CENTRA realice un diagnóstico inicial para la selección de beneficiarios, a través de su equipo multidisciplinario la Coordinación solicita fecha y hora para la celebración de la audiencia,
- 2) En la audiencia deberán asistir el beneficiario, su abogado, el Fiscal del MP, familiares del usuario y representantes de los departamentos de psicología y área jurídica.
- 3) La audiencia iniciará con la presentación del caso del candidato, el cual será expuesto por el psicólogo asignado, después se le concede el uso de la voz al

²⁰⁰ Procuraduría General de Justicia del Estado de Chiapas, Acuerdo No. PGJE/001/2017

representante del área jurídica del CENTRA, el cual expondrá el estudio integral recaudado en la primera fase de identificación.

- 4) Se le otorga la palabra al beneficiario y a su defensa para establecer cualquier duda, posteriormente al MP, y se termina nuevamente con el beneficiario.
- 5) El Juez de Control de conformidad con los resultados de diagnóstico del CENTRA sobre el tipo de tratamiento determinará la permanencia de la persona en el programa de JT, si el beneficiario reitera el compromiso de mantenerse sin consumir o estar expuesto a situaciones o factores de riesgos, aunque este hubiese graduado.

Ilustración 2 de Audiencias y diligencias posteriores



Imagen extraída de la página oficial de la Fiscalía General del Estado de Chiapas
<https://www.fge.chiapas.gob.mx/CENTRA>

No obstante, existe la posibilidad de que el participante abandone el tratamiento de manera voluntaria, no cumpla con las tareas o el tratamiento impuesto, o que reincida a consumir. En estos casos el Juez de Control revoca la SCP y automáticamente se continua con el proceso hasta dictar sentencia sin la posibilidad de solicitar nuevamente dicha medida.

c) PJT en virtud de la aplicación de un Criterio de Oportunidad

El acuerdo No. PGJE/001/2017 expedido por el Procurador de Justicia del Estado de Chiapas, habilita al Fiscal del Ministerio Público (MP) de presidir las audiencias de seguimiento, verificación de cumplimiento, graduación o en su defecto revocación del PJT en aplicación de un criterio de oportunidad estableciendo las mismas reglas del programa bajo SCP, la diferencia es que el Juez de Control no tiene participación alguna dentro del programa ni tampoco conocimiento de la detención de la persona, toda vez que, la aplicación del criterio de oportunidad corresponde al Fiscal, el cual resolverá antes de que se dicte apertura a juicio.²⁰¹

Para entender como funciona PJT es necesario partir de su definición.

El Criterio de Oportunidad es una figura procesal que habilita al titular de la acción penal, que es el Ministerio Público (MP) de abstenerse de su ejercicio de conformidad con los supuestos y condiciones que establece el artículo 256 del Código Nacional de Procedimientos Penales (CNPP). El Fiscal del MP podrá ordenar dicha salida anticipada del proceso siempre y cuando se haya hecho la reparación del daño causado a la víctima u ofendido, o esta manifieste su falta de interés jurídico en la misma o se otorgue el perdón.

Cabe mencionar que no es obligación del Fiscal aplicarlos en todos los casos, aunque la medida aritmética del hecho delictivo sea inferior a cinco años de prisión, porque a pesar de reunir con las características y requisitos que marca la ley, queda a criterio del Fiscal valorar y atender a las particularidades de cada caso, por eso se dice que tiene una facultad discrecional de decisión. Una vez determinada la aplicación de un Criterio de Oportunidad se tiene por concluida la investigación y el proceso (artículo 257 del CNPP).

²⁰¹ Procuraduría General de Justicia del Estado de Chiapas, Acuerdo No. PGJE/001/2017, <https://www.fge.chiapas.gob.mx/Informacion/MarcoJuridico/PDFDocumento/78D2BA04-8A08-4606-AAAF-F27CC9DC3889>

Ahora bien, con el Acuerdo No. PGJE/010/2016 emitido por el Procurador General de Justicia del Estado de Chiapas²⁰², acerca de los lineamientos para la aplicación de Criterios de Oportunidad, a nivel estatal se amplió el catálogo de delitos en los que podría el Fiscal otorgar dicho beneficio. Esto en razón que a nivel nacional establece de manera general los supuestos en los cuales podría aplicarse o no esta figura.

En ese orden de ideas, el artículo 256 del Código Nacional de Procedimientos Penales establece seis supuestos en los que puede proceder la aplicación de los Criterios de Oportunidad. Por cuestión de estudio se hará referencia a las primeras dos fracciones.

- I. Se trate de un delito que no tenga pena privativa de libertad, tenga pena alternativa o tenga pena privativa de libertad cuya punibilidad máxima sea de cinco años de prisión, siempre que el delito no se haya cometido con violencia;
- II. Se trate de delitos de contenido patrimonial cometidos sin violencia sobre las personas o de delitos culposos, siempre que el imputado no hubiere actuado en estado de ebriedad, bajo el influjo de narcóticos o de cualquier otra sustancia que produzca efectos similares.

El acuerdo estatal antes citado divide la fracción I del artículo 256 CNPP en tres supuestos contemplando en el inciso C, (aquel “delito que tenga pena privativa de libertad cuya punibilidad máxima sea de cinco años de prisión, siempre que el delito no se haya cometido con violencia”) – La posibilidad de aplicarse un criterio de Oportunidad al delito de ataques a las vías de comunicación en modalidad de manejar en estado de ebriedad o bajo el influjo de sustancias psicoactivas (artículo 385 del Código Penal para el Estado de Chiapas). Siempre y cuando el sujeto activo acepte ser sometido a tratamiento contra las adicciones correspondientes al CENTRA.

Bajo este catálogo de delitos en 2017 se emitió el Acuerdo No. PGJE/001/2017 en el que se otorga una facultad extra al Fiscal del MP para conocer y presidir las audiencias

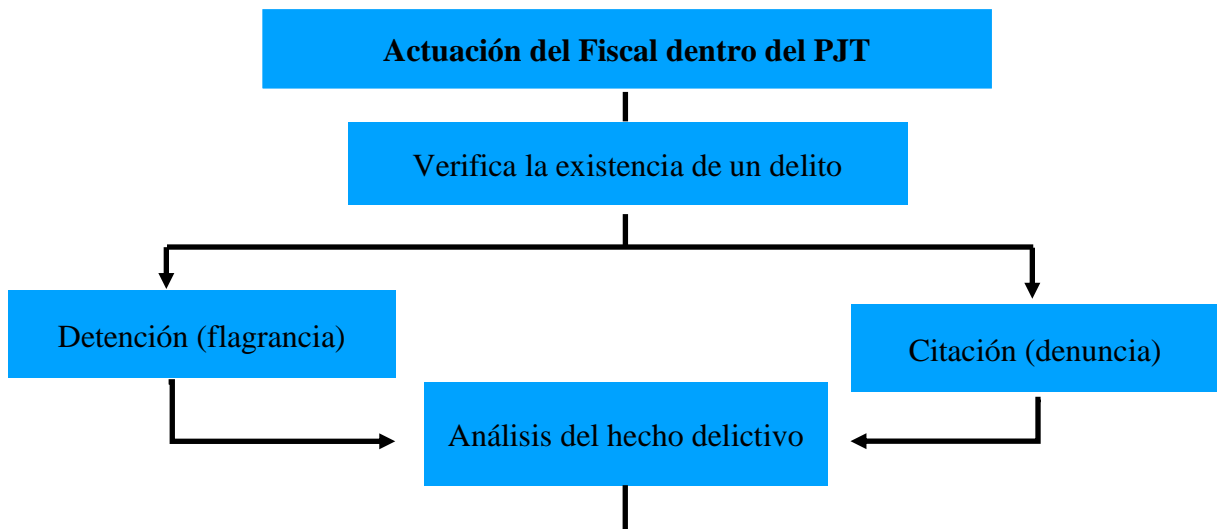
²⁰² Procuraduría General de Justicia del Estado de Chiapas, acuerdo No. PGJE/010/0216, <https://www.fge.chiapas.gob.mx/Informacion/MarcoJuridico/PDFDocumento/7DEF32C6-C72C-405C-9A56-8F033F8CF9A9>

de seguimiento y conclusión del Programa de Justicia Terapéutica. Así como la selección y canalización de posibles participantes al PJT en razón de un Criterio de Oportunidad.

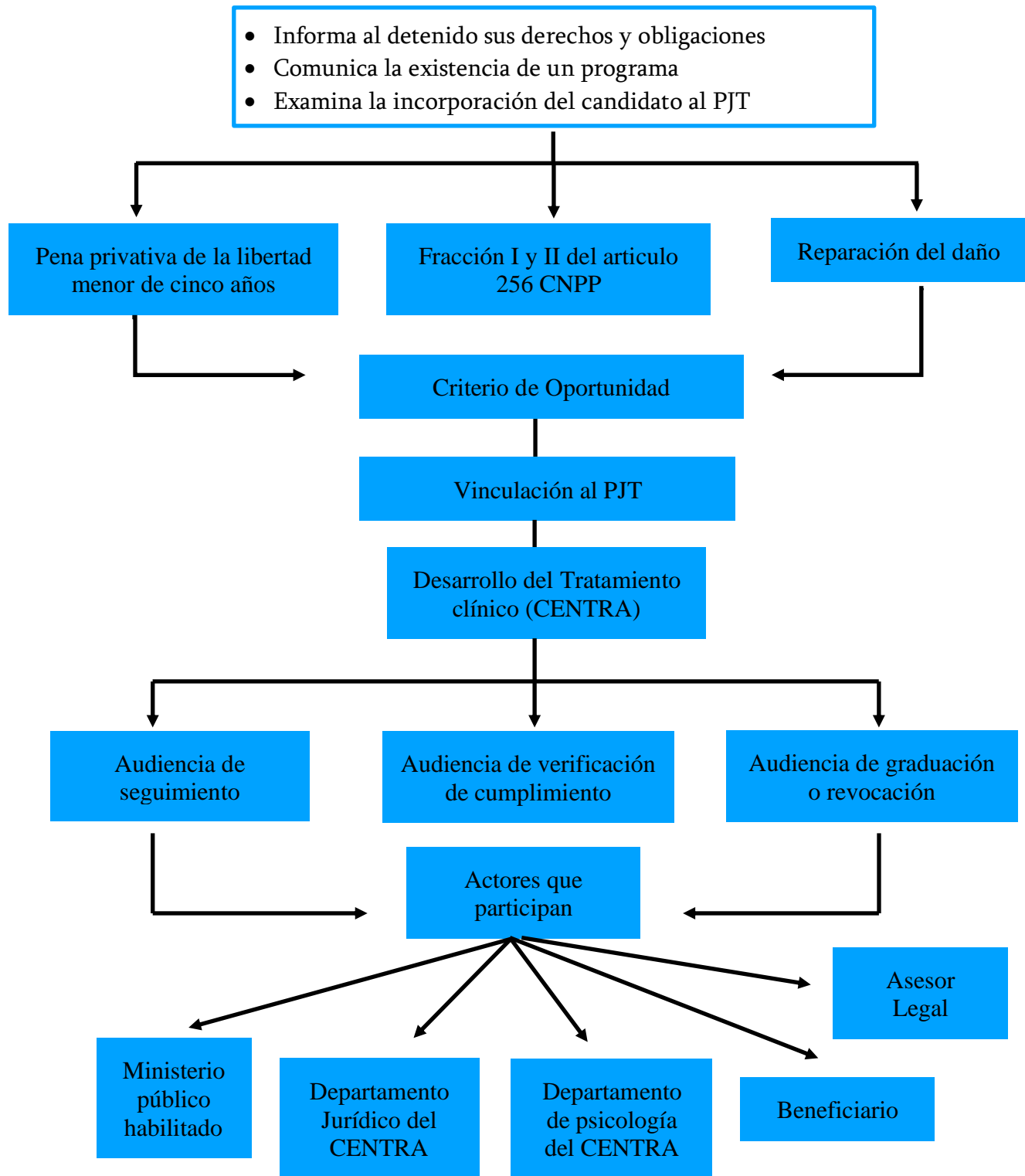
Llama la atención la manera en como se están aplicando el programa bajo esta figura, toda vez que, la fracción II del artículo 256 del CNPP, contempla que no podrá aplicarse los Criterios de Oportunidad en delitos con daño patrimonial o culposos cuando la conducta delictiva se haya realizado bajo los influjos de alcohol y/o sustancia psicoactiva.²⁰³ Siendo contradictorio el actuar de la autoridad con lo que establece la ley a nivel federal e incluso local.

Se recuerda que el PJT es una condición de la SCP y podrán aplicarse en delitos como robo sin violencia, ataques a las vías de comunicación por conducir en estado de ebriedad, lesiones simples que no ponen en peligro la vida, allanamiento, narcomenudeo, y posesión simple para fines de consumo. Lo cual no es acorde con la naturaleza de la figura de Criterio de Oportunidad, de manera que, surge la duda de si es viable implementar y desarrollar el PJT en esta figura siguiendo las mismas reglas de aplicación bajo SCP como establece el acuerdo PGJE/001/2017.

Veamos lo siguiente:



²⁰³ Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, Código Nacional de Procedimientos Penales, <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/CNPP.pdf>



Elaboración propia. Datos extraídos de acuerdo No. PGJE/001/2017, <https://www.fge.chiapas.gob.mx/Informacion/MarcoJuridico/PDFDocumento/78D2BA04-8A08-4606-AAAF-F27CC9DC3889>

Por otra parte, el artículo 257 del CNPP estipula que una vez aplicado el Criterio de Oportunidad se extingue la acción penal. Por ende, resulta inconsistente el actuar de las autoridades en aplicar el programa en esta figura procesal, ya que, aunque el MP tenga una facultad discrecional “de decisión” no quiere decir que este habilitado para imponer “condiciones u obligaciones” al detenido con la finalidad de otorgar o no una salida alterna. La aplicación de los Criterios de Oportunidad no está supeditado a condiciones u obligaciones como estar sometido a un tratamiento de rehabilitación ambulatorio o residencial contra el consumo o dependencia de sustancias.

La actuación por parte de las autoridades no solo viola el debido proceso sino también los derechos humanos vinculados a la libertad personal del participante, el derecho a la libertad de tránsito y a no ser privado de la libertad en razón de estar sometido a un tratamiento en las instalaciones del CENTRA y bajo seguimiento judicial. Puesto que, a nivel estatal -como ya quedó descrito anteriormente- basta con que se acredite que la persona es consumidor experimental para ser remitido a la institución antes citada excluyendo la voluntad del sujeto, requisito que es fundamental para la aplicación del programa a nivel nacional contraviniendo también la naturaleza del mismo.

Por tanto, se analiza y se da a conocer el panorama de aplicación del Programa de Justicia Terapéutica en el Estado de Chiapas bajo estas dos figuras penales basado en solicitudes de información realizadas a la Unidad de Transparencia de la Fiscalía General del Estado de Chiapas el 12 de julio 2019 y así como los resultados obtenidos de entrevistas llevadas a cabo en 2019 a diferentes sujetos que fueron vinculados a tratamiento de rehabilitación por parte de la Fiscalía así como al personal de la Coordinación el Centro Especializado de Tratamiento para la Prevención y Tratamiento de las Adicciones.

3.3. Panorama de aplicación del PJT en Chiapas

En este apartado se da a conocer los resultados de la solicitud de información a la Unidad de Transparencia de la Fiscalía General del Estado de Chiapas sobre el Programa de TTA implementado en la Ciudad de Tuxtla Gutiérrez, siendo el primer municipio en abrir una Sala de Audiencia para Justicia Terapéutica con la finalidad de dar seguimiento a los programas de tratamiento ambulatorio y/o residencial llevados a

cabo por el CENTRA. La recopilación de datos va del año 2016 al 12 de junio de 2019, tomando como referencia los siguientes aspectos:

- 1.- Número de infractores sometidos a los programas de TTA.
- 2.- Número de personas no admitidas.
- 3.- Número de casos que fueron y se están llevando por esta vía.
- 4.- Número de personas que han concluido con éxito.
- 5.- Número de usuarios que han suspendido el programa.
- 6.- Número de usuarios reincidentes.

Tuxtla Gutiérrez es un municipio y capital del estado de Chiapas con una población de 604, 147 habitantes según el banco de información del INEGI en 2020.²⁰⁴ En 2021 se estima que 17.8% de los hogares en la Ciudad tuvo al menos una víctima de delito. Es decir, 258 198 hogares, de un total de 1 452 186. La tasa de delitos con mayor frecuencia según la ENVIPE de 2020 a 2021 son: robos o asaltos en calle o transporte público, extorsiones, amenazas, robo a casa habitación, fraude, robo total o parcial de vehículo, otros tipos de robo (carterismo, abigeato, allanamientos), delitos sexuales, secuestro o secuestro exprés, lesiones, entre otros.²⁰⁵ De acuerdo a la percepción de inseguridad se estima que el 70.3% de los habitantes considera que vivir en su localidad o colonia, es inseguro identificando como primera conducta delictiva, el consumo de alcohol en la calle, seguido del consumo de drogas con 40.1%, robos o asaltos frecuentes con 34.3%, venta ilegal de alcohol con 33.5% y venta de droga con 26%.

De acuerdo a la solicitud de información con número de folio 500719, de fecha 13 de julio de 2019 a la Unidad de Transparencia de la Fiscalía General del Estado de Chiapas, el número de mujeres y hombres que han sido detenidos por delitos relacionados con drogas de 2016 a 12 de junio de 2019 en la ciudad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, se visualiza un aumento de arrestos por: posesión simple, narcotráfico, narcomenudeo y posesión simple para consumo.

²⁰⁴ INEGI, México en Cifras, 2020, <https://www.inegi.org.mx/app/areasgeograficas/#collapse-Resumen>

²⁰⁵ INEGI, México, Encuesta Nacional de Victimización y Percepción sobre Seguridad Pública (ENVIPE) 2022, Chiapas, https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/envipe/2022/doc/envipe2022_chis.pdf

Hombres arrestados relacionados con delitos por drogas				
Delitos	2016	2017	2018	2019
Posesión simple	32	9	14	34
Posesión simple por consumo	32	31	34	151
Narcomenudeo	149	121	155	64
Narcotráfico	0	0	0	1
TOTAL	213	161	203	250

Mujeres arrestadas relacionadas con delitos por drogas				
Delitos	2016	2017	2018	2019
Posesión simple	0	1	1	5
Posesión simple por consumo	3	0	0	9
Narcomenudeo	31	26	32	14
Narcotráfico	0	0	0	5
TOTAL	34	27	33	33

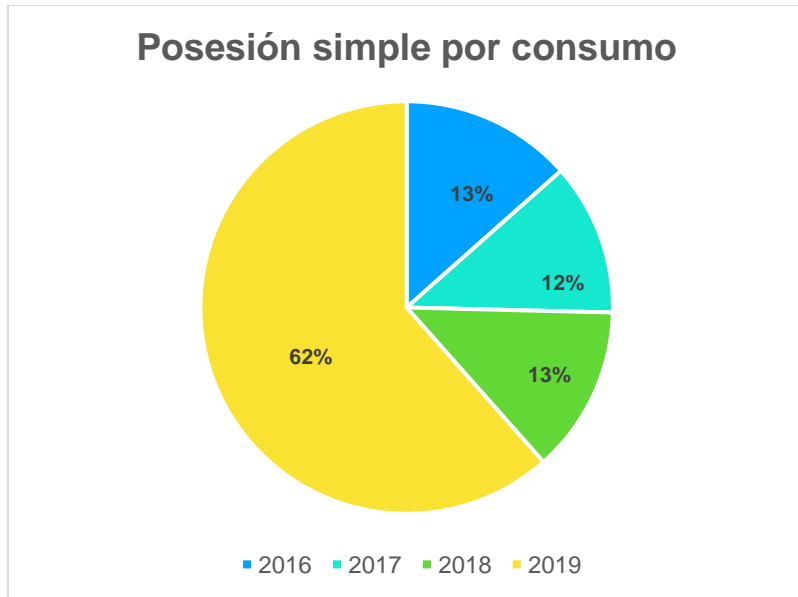
Elaboración propia. Datos extraídos de la Unidad de Transparencia de la Fiscalía General del Estado de Chiapas por medio de solicitudes de información con número de folio 500719 (Anexo 4 pregunta 5 y anexo 5 preguntas de 1 a la 8).

Realizando el análisis de los datos anteriores alrededor de 260 personas (hombres y mujeres) equivalente al 27% del total de delitos cometidos relacionados con drogas. fueron detenidas por posesión simple de sustancias ilícitas para fines de consumo. Cabe mencionar que el consumo a nivel nacional como local no constituye un delito, y no se sanciona siempre y cuando la posesión no exceda los porcentajes permitidos establecidos en el artículo 479 de la Ley General de Salud. Aún en estos casos se detiene a la persona y se inicia una averiguación previa porque la posesión simple si es un delito y se sanciona con hasta tres años de prisión (artículo 477 de la LGS).

De acuerdo a los datos recopilados 27 personas fueron procesadas y sentenciadas por este delito el cual equivale al 10% de casos consignados por delitos contra la salud.²⁰⁶

Veamos los siguiente:

²⁰⁶ Unidad de Transparencia de la Fiscalía General del Estado de Chiapas, solicitud de información, anexo 5, pregunta 4.



Elaboración propia. Datos extraídos de la Unidad de Transparencia de la Fiscalía General del Estado de Chiapas por medio de solicitudes de información con número de folio 500719 (Anexo 5, pregunta 4).

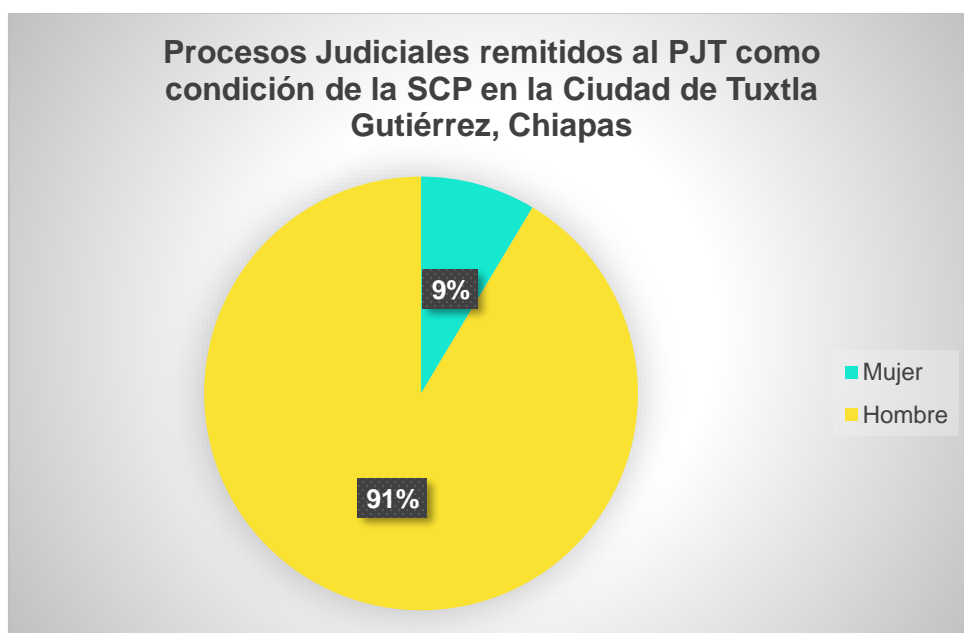
Como se refleja en la gráfica anterior, existe un aumento de detenciones por consumo de 2016 a 2019. De los cuales, como ya quedó escrito, 27 personas equivalente al 10% fueron sentenciadas por el delito de posesión simple, no obstante, habría que analizar cuantas de estas personas no pudieron solicitar alguna salida alterna de solución de conflicto o fueron excluidas de algún programa de tratamiento contra la dependencia de sustancias psicoactivas por ser reincidentes de delitos (No primodelincuentes) requisito fundamental para ser beneficiario de los programas de rehabilitación llevados a cabo por el CENTRA, el cual esta vinculado a la Fiscalía General del Estado en vez que al sector salud. Por consecuencia, es paradójico decir que el sistema penal mexicano no criminaliza a consumidores, cuando estos son detenidos por la policía y llevados al MP para después ser obligados a recibir un tratamiento omitiendo la voluntad del sujeto (esto último en el caso de Chiapas).

Por otra parte, la Fiscalía General del Estado reporto que, a nivel estatal de 2016 a 2019, se aplicaron 130 salidas alternas de solución de conflicto por delitos relacionados con drogas ante el Juez de Control. De las cuales 104 casos fueron en la Ciudad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas (Anexo 4, pregunta 14).

SCP por delitos relacionados con drogas					
	Tuxtla Gutiérrez	Tapachula	Pichucalco	Comitán	San Cristóbal de las Casas
2016	64	6	4	0	0
2017	22	1	1	2	5
2018	15	4	0	2	0
Enero-12/06/2019	3	0	1	0	0
Total	104	11	6	4	5

Elaboración propia. Datos extraídos de la Unidad de Transparencia de la Fiscalía General del Estado de Chiapas por medio de solicitudes de información con número de folio 500719 (Anexo 4, pregunta 14).

De acuerdo a la tabla anterior es preciso señalar que “el mismo número de mujeres y hombres que han solicitado la SCP ante el Juez de Control, por delitos relacionados con drogas, corresponde al mismo tiempo a la cantidad de casos que han sido remitidos a los PJT del CENTRA Tuxtla, como condición de la SCP”.²⁰⁷

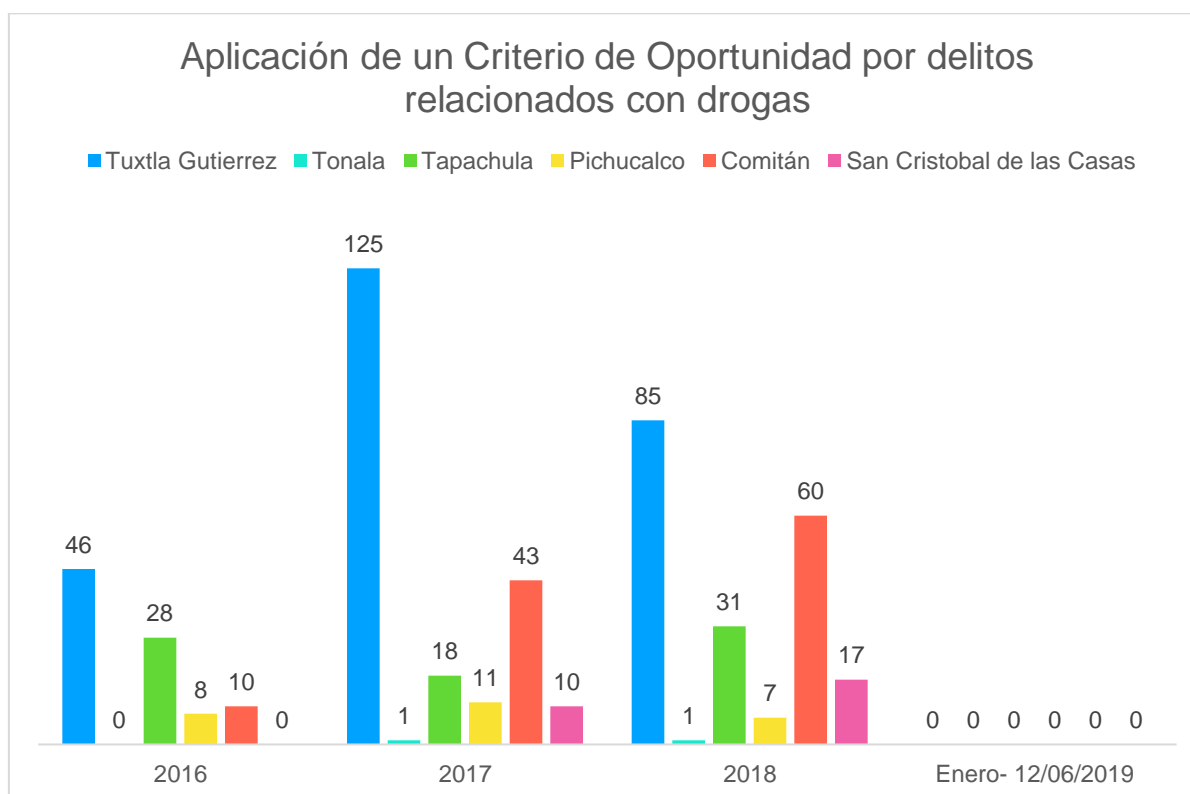


²⁰⁷ Solicitud de información con número de folio 500719 a la Unidad de Transparencia de la Fiscalía General del Estado de Chiapas.

Elaboración propia. Datos extraídos de la Unidad de Transparencia de la Fiscalía General del Estado de Chiapas por medio de solicitudes de información con número de folio 500719 (Anexo 4, pregunta 16).

De los resultados que se muestran se refleja que 2016 a 2019, el 91% de los beneficiarios al PJT son hombres y el 9% mujeres. Por otro lado, se canalizaron a la Coordinación CENTRA en aplicación de un Criterio de Oportunidad en 2016 a 45 hombres y a una mujer. En 2017, 11 mujeres y 114 hombres, 2018, 75 hombres y 10 mujeres (Anexo 4, pregunta 15).

En razón a la aplicación de los Criterios de Oportunidad por delitos relacionados con drogas a nivel estatal se observa que en 2017 hubo un aumento de procesos judiciales remitidos por esta vía en la Ciudad de Tuxtla Gutiérrez con un total de 125 casos, seguido de Comitán (43), Tapachula (18), Pichucalco (11), San Cristóbal de las Casas (10) y Tonalá (1). Para 2018, se observa una disminución de casos en la capital del estado, sin embargo, hubo un aumento en los demás municipios. De enero a 12 de junio de 2019, no se reportaron casos, tal y como se expresa en la siguiente gráfica.



Elaboración propia. Datos extraídos de la Unidad de Transparencia de la Fiscalía General del Estado de Chiapas por medio de solicitudes de información con número de folio 500719 (Anexo 4, pregunta 15).

Llama la atención los datos aportados por parte de la Fiscalía en cuanto al número de procesos judiciales que han sido remitidos a los PJT en aplicación de un criterio de oportunidad, se pensaría de primera mano que manejarían las mismas cifras en delitos relacionados con drogas, no obstante, los delitos con mayor puntaje vinculados a la Coordinación CENTRA Tuxtla Gutiérrez, de 2016 a 2019 (enero al 12 de junio) fueron: ataques a las vías de comunicación (específicamente por conducir en estado de ebriedad)²⁰⁸ con un total de 338 beneficiarios, y 13 en delitos contra la salud.²⁰⁹

PJT en aplicación de un criterio de oportunidad

Coordinación CENTRA	Mujer	Hombre
2016	2	46
2017	11	127
2018	10	111
2019	7	37
Total	30	321

PJT en aplicación de un criterio de oportunidad (Lista de delitos)

Coordinación CENTRA	Ataques a las vías de comunicación	Contra la salud	Robo	Daños
2016	46	2	0	0
2017	134	4	0	0
2018	115	6	0	0
2019	43	1	0	0
Total	338	13	0	0

²⁰⁸ Artículo 385 del Código Penal del Estado de Chiapas establece que “A quien en estado de ebriedad o bajo el influjo de drogas o sustancias similares, conduzca algún vehículo, se le impondrá de seis meses a dos años de prisión y hasta cien días de multa, además de la sanción correspondiente al delito que se hubiere cometido”, https://www.congresochiapas.gob.mx/new/Info-Parlamentaria/LEY_0012.pdf?v=Mjc=

²⁰⁹ Para conocer las cifras a nivel estatal del número de procesos judiciales que han sido remitidos a los PJT en aplicación de un criterio de oportunidad, diríjase al apartado de anexos 4, pregunta 17 y 18.

Elaboración propia. Datos extraídos de la Unidad de Transparencia de la Fiscalía General del Estado de Chiapas por medio de solicitudes de información con número de folio 500719 (Anexo 4, pregunta 17 y 18).

Como se observa de los resultados antes expuestos 351 personas fueron remitidas a los Programas de Justicia Terapéutica con la finalidad de recibir tratamiento contra la dependencia de sustancias psicoactivas y/o alcohol. En su mayoría por el delito de ataques a las vías de comunicación específicamente por conducir en estado de ebriedad.

En ese orden de ideas, el número de mujeres y hombres que han sido detenidos por delitos cometidos bajo el influjo de alcohol a nivel municipal, la Fiscalía mencionó no contar con los indicadores requeridos para conocer las circunstancias de comisión de un hecho delictivo bajo influjo de alcohol, enfocándose al tipo penal; sin embargo, ofreció cifras a nivel estatal sobre el género de los imputados sobre delitos que ellos consideran probablemente cometidos bajo el influjo de esta sustancia.

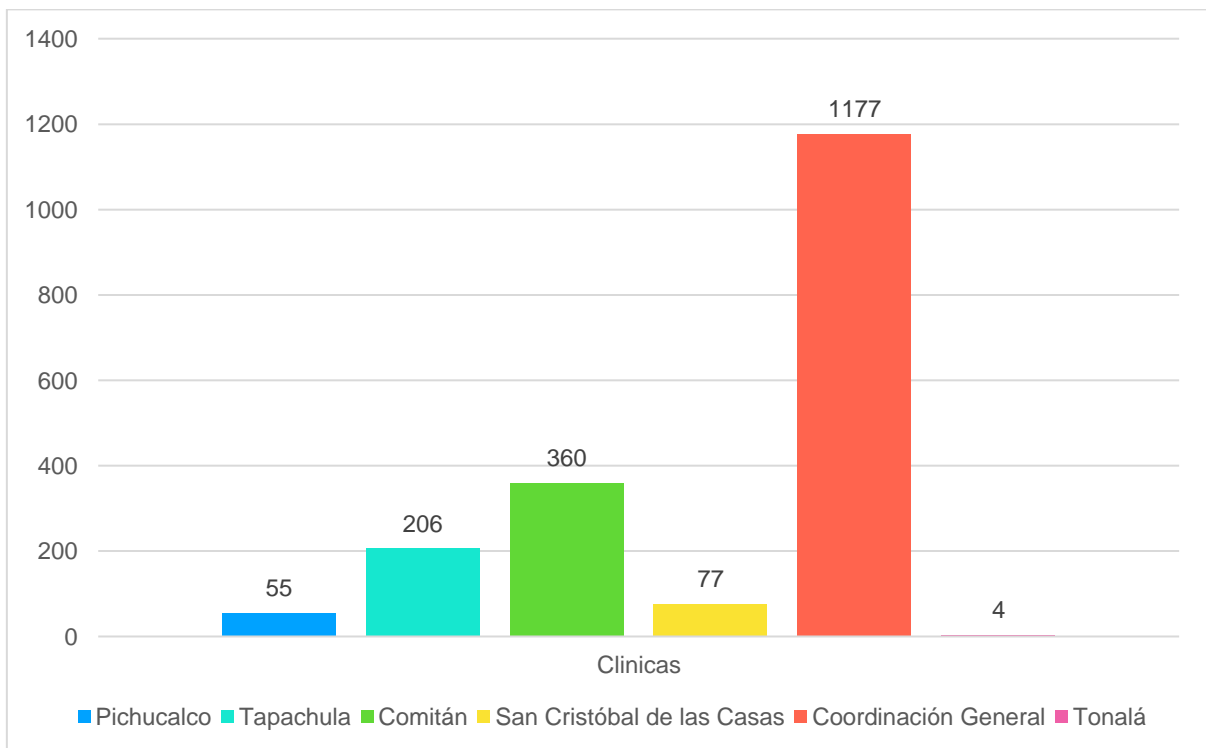
Género del imputado	2016	2017	2018	Enero-Junio 2019
Masculino	383	558	342	218
Femenino	10	25	10	11
Total	393	583	352	229

Elaboración propia. Datos extraídos de la Unidad de Transparencia de la Fiscalía General del Estado de Chiapas por medio de solicitudes de información con número de folio 500719 (Anexo 5, pregunta 9 y 10).

Algunos delitos relacionados con el consumo de alcohol que señaló la Fiscalía son: ataques a las vías de comunicación, lesiones culposas, daños por hechos de tránsito y homicidio culposo. De los cuales -como ya quedó explicado al principio del capítulo- solo los tres primeros entran dentro del catalogo de delitos por cuales una persona podría ser vinculada a tratamiento ambulatorio, aunque tenga un consumo experimental.

De conformidad con los datos recopilados de la solicitud de información del periodo establecido (2016 a 12 de junio de 2019) a nivel estatal, 1879 infractores fueron sometidos a tratamiento ambulatorio, de los cuales 1177 estuvieron vinculados a la Coordinación CENTRA ubicada en la Ciudad de Tuxtla Gutiérrez (Anexo 6, p. 5).

Tratamiento Ambulatorio

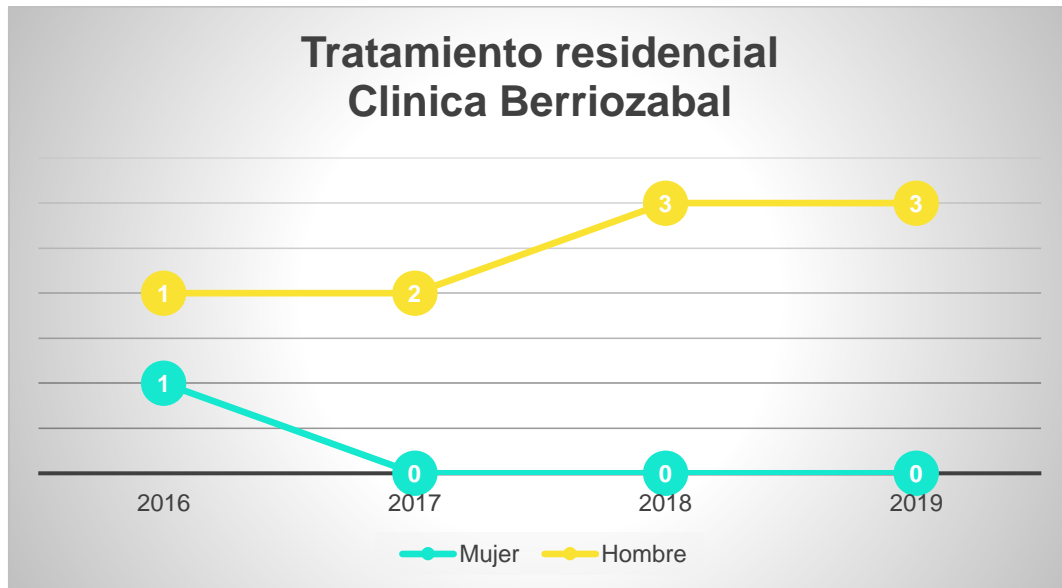


Elaboración propia. Datos extraídos de la Unidad de Transparencia de la Fiscalía General del Estado de Chiapas por medio de solicitudes de información con número de folio 500719 (Anexo 6, p.5).

La Fiscalía General del Estado reportó que, del mes de enero a junio de 2019 a nivel estatal 90 personas han sido sometidas a tratamiento contra la dependencia, de las cuales 10 son mujeres y 77 hombres en tratamiento ambulatorio y 3 hombres en tratamiento residencial (Anexo 4, p. 15).

Por otra parte, de 2016 a 2019, diez infractores dependientes de sustancias (alcohol y/o droga) fueron remitidas a la clínica de Berriozábal para recibir tratamiento residencial

por orden del Juez de Control. Una mujer y un hombre en 2016, 2 hombres en 2017, en 2018, 3 hombres, y de enero al 12 de junio de 2019, tres hombres. Tal y como se observa en la siguiente gráfica (Anexo 5, pregunta 25).



Elaboración propia. Datos extraídos de la Unidad de Transparencia de la Fiscalía General del Estado de Chiapas por medio de solicitudes de información con número de folio 500719 (anexo 5, p. 11).

Ahora bien, en cuanto al número de personas no admitidas al PJT a nivel estatal, la Fiscalía respondió que *“Todas las personas que son canalizadas por la comisión de un delito no grave por el MP bajo la condición de aplicación de un Criterio de Oportunidad y/o por el Juez de Control bajo la figura de SCP, son admitidas al programa”*. Sin distinción alguna.

De igual forma, estableció que han concluido con éxito el PJT a nivel estatal 631 personas, egresando de la Coordinación CENTRA de 2016 a 2019, 360 personas, en la siguiente tabla se refleja el número de mujeres y hombres que han concluido el tratamiento ambulatorio y residencial.

Municipios	2016		2017		2018		2019		Total por Clínica
	M	H	M	H	M	H	M	H	
Coordinación CENTRA	4	106	11	136	11	89	1	2	360
Tapachula	1	33	0	19	0	35	0	0	88
Comitán	1	9	0	45	0	62	0	0	117
San Cristóbal de las Casas	0	0	0	15	0	17	0	0	32
Pichucalco	0	12	1	11	0	7	0	1	32
Tonalá	0	0	0	1	0	1	0	0	2
Total por sexo	6	160	12	227	11	211	1	3	631
Total por año	332		478		444		8		1262

Elaboración propia. Datos extraídos de la Unidad de Transparencia de la Fiscalía General del Estado de Chiapas por medio de solicitudes de información con número de folio 500719 (Anexo 4, pregunta 21).

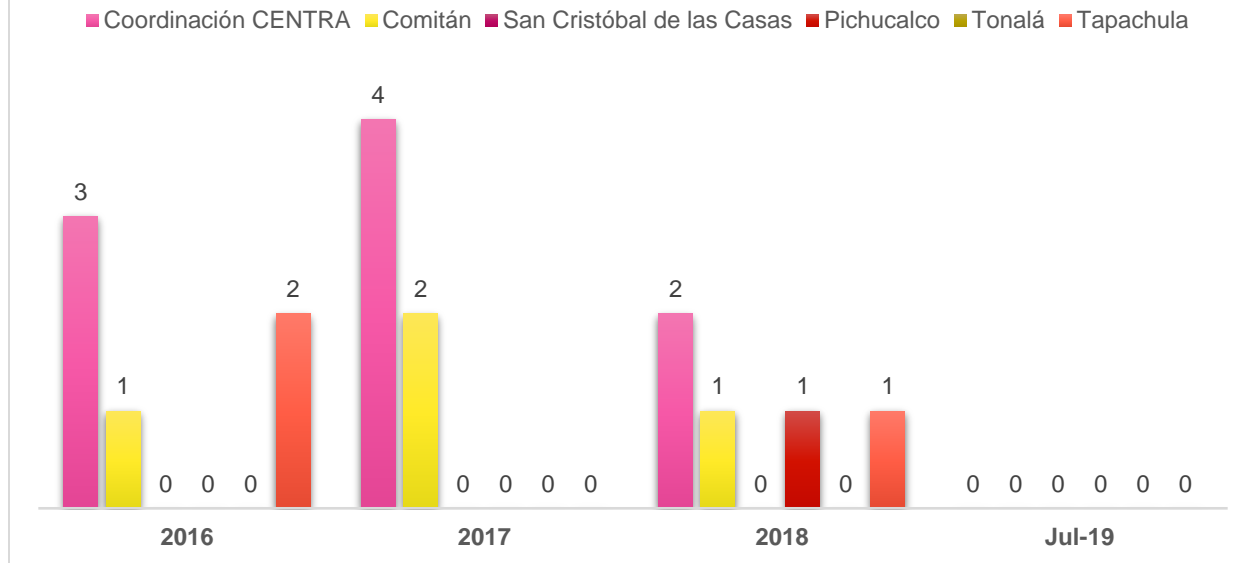
De la tabla anterior, se visualiza que en 2017 fecha en la que se inauguró formalmente el programa fue el año con más canalizaciones a nivel estatal sumando un total de 478 participantes, seguido de 2018 con 444, cabe mencionar que, de enero a junio de 2019, 90 personas se encontraban bajo tratamiento, de las cuales sólo 8 personas concluyeron en ese período. En total se han remitido, de 2016 a junio de 2019, a 1262 personas al CENTRA para recibir tratamiento. Empero, para el 15 de julio de 2019, la Fiscalía General del Estado reportó 390 suspensiones, tal y como se aprecia en la siguiente tabla:

Municipios	2016		2017		2018		jul-19		Total por Clínica
	M	H	M	H	M	H	M	H	
Coordinación CENTRA	0	6	1	21	1	28	1	4	62
Tapachula	0	11	0	10	0	18	0	2	41
Comitán	0	2	1	13	0	14	1	1	32
San Cristóbal de las Casas	0	1	0	5	0	5	0	0	11
Pichucalco	0	1	0	0	1	4	1	1	8
Tonalá	0	11	0	10	0	18	0	2	41
Total por sexo	0	32	2	59	2	87	3	10	
Total por año	64		122		178		26		390

Elaboración propia. Datos extraídos de la Unidad de Transparencia de la Fiscalía General del Estado de Chiapas por medio de solicitudes de información con número de folio 591919 (anexo 4, pregunta 22 y anexo 6, pregunta 1).

Es preciso mencionar que el PJT en el estado de Chiapas no contempla la expulsión en tratamiento ambulatorio, pero el Juez de Control y/o Ministerio Público puede ordenar la suspensión del participante (infractor) debido a la acumulación de inasistencias, y podrán ser canalizados de nueva cuenta hasta que las mismas autoridades lo autoricen según sea el caso y previo análisis del beneficiario. Veamos lo siguiente:

Beneficiarios canalizados nuevamente al PJT



Elaboración propia. Datos extraídos de la Unidad de Transparencia de la Fiscalía General del Estado de Chiapas por medio de solicitudes de información con número de folio 591919.

De 2016 al 15 de julio de 2019, fueron canalizados nuevamente por orden del Juez de Control y/o Ministerio Público 17 personas todas del género masculino al Programa de Justicia Terapéutica. Actualmente la Fiscalía General del Estado no reporta datos sobre mujeres que hayan sido suspendidas del programa. De igual forma, no se reportan casos de suspensión por recaídas de consumo. No obstante, las inasistencias como las recaídas pueden provocar que el tratamiento ambulatorio se alargue por un mes más esto con la finalidad de que la persona cumpla con las asistencias y mantenga una buena conducta de “cero consumos”. Caso contrario la autoridad podría ordenar la suspensión definitiva del tratamiento (condición impuesta al detenido en aplicación de la SCP y/o de un Criterio de Oportunidad) trayendo como consecuencia la reanudación del proceso penal del imputado.²¹⁰

En tratamiento residencial se puede expulsar al beneficiario que ha sido vinculado por orden del Juez de Control y/o por MP, cuando agrede físicamente a sus compañeros

²¹⁰ Entrevista a la Coordinadora General del CENTRA, pregunta 8, Anexo (1)

o al personal del CENTRA, así como por introducir sustancias psicoactivas al plantel.²¹¹ Actualmente de acuerdo a la información proporcionada por la Fiscalía no se reportan datos de expulsión.

En cuanto a los casos de reincidencia delictiva, la Fiscalía mencionó que, desde el año 2016 únicamente se han presentado dos casos, en ambos han sido en la Coordinación del CENTRA.

Ahora bien, de los datos estadísticos aportados por la Fiscalía del Estado, se percibe un alto número de personas que han sido vinculadas al CENTRA en aplicación de una salida alterna y/o anticipada del proceso, como la SCP y los Criterios de Oportunidad, se reconoce el número de egresados, el bajo porcentaje de suspensión del programa y la baja reincidencia delictiva de los participantes. No obstante, se observa de acuerdo a los números que se han vinculado a más personas con consumo problemático de alcohol que dependientes de sustancias psicoactivas al PJT, siendo el delito más común “ataques a las vías de comunicación por conducir en estado de ebriedad”, seguido del delito contra la salud, que si bien, la posesión simple para fines de consumo no trae aparejado una pena o sanción penal, empero se visualiza un aumento de arrestos y detenciones de 2016 a 2019 a consumidores que cumplen los porcentajes permitidos por la ley. Es menester mencionar que desde 2014, el artículo 70 del Código Penal del Estado de Chiapas²¹², abrió la posibilidad de remitir de manera obligatoria a tratamiento de desintoxicación y combate contra la dependencia a personas que hayan sido condenadas por delitos cuya comisión deriven del abuso y dependencia de sustancias psicoactivas o de bebidas alcohólicas, esta medida se aplicará independientemente de la pena que se compute por el delito cometido bajo los efectos de la misma. Si bien, el PJT encuentra su fundamento legal en el artículo antes citado, se advierte que el uso excesivo del programa y del modelo como condición y obligación, a dado pauta para que las autoridades sobre todo policías y agentes del MP criminalicen y persigan a personas con consumo experimental, social y/o habitual de sustancias psicoactivas o alcohol.

²¹¹ Entrevista a la Subdirectora del Plantel CENTRA, Tapachula, Chiapas, Anexo (2)

²¹² Congreso del Estado de Chiapas, Código Penal para el Estado de Chiapas, https://www.congresochiapas.gob.mx/new/Info-Parlamentaria/LEY_0012.pdf?v=Mjc=

En el siguiente subtema se comparten los resultados del trabajo de campo realizado en la Coordinación General del CENTRA ubicada en la Ciudad de Tuxtla Gutiérrez Chiapas. El cual consistió en la asistencia presencial de tres audiencias, de inicio, seguimiento y graduación, presididas por el Juez de Control habilitado, y así como la aplicación de entrevistas divididas en dos partes, por un lado se entrevistó al personal del CENTRA, específicamente a la Coordinadora del CENTRA y a la subdirectora de la clínica de tratamiento residencial en Tapachula, y por otro, a seis beneficiarios del programa, cinco hombres y una mujer, que fueron remitidos al PJT como condición de la Suspensión Condicional del Proceso y en aplicación de un Criterio de Oportunidad. El cuál se expone a continuación.

3.4. Estudio empírico del PJT y tratamientos del CENTRA

Como parte de la investigación de campo, se realizó un estudio de diagnóstico con enfoque cualitativo sobre la población beneficiaria al programa de Justicia Terapéutica, con el objetivo de conocer las ventajas y desventajas que tiene el modelo en el Estado. Para lograrlo, se procedió a realizar un escrito dirigido a la Coordinadora General del CENTRA, en el que se solicitó el acceso a las instalaciones con la finalidad de poder conocer y evaluar la función del CENTRA en la recepción de infractores por la comisión de delitos, la metodología que utilizan en la detección y selección de posibles candidatos al programa, así como, los casos de aquellas personas beneficiarias que fueron vinculadas al Programa de Justicia Terapéutica en 2019. De esta manera, se permitió la entrada y acercamiento con la Coordinadora General del CENTRA y con la Subdirectora de la clínica de tratamiento residencial en Tapachula, Chiapas, así como la posibilidad de tener contacto con cinco beneficiarios remitidos a tratamiento ambulatorio en las oficinas del CENTRA de Tuxtla Gutiérrez y uno a tratamiento residencial en la Ciudad de Tapachula, Chiapas, siendo un total de ocho entrevistas, dos con el personal de la institución y seis entrevistas con los beneficiarios. Se consideró este número de casos porque se identificó que los beneficiarios presentan similitudes en cuanto a los delitos por los cuales fueron vinculados al programa como condición, tales como: ataques a las vías de comunicación en la modalidad de conducir en estado de ebriedad y daños a propiedad, y por delitos contra la salud (posesión simple con fines de consumo).

Asimismo, se permitió la asistencia presencial de audiencias de seguimiento y graduación de los beneficiarios llevadas a cabo en la Sala de Audiencias para Justicia Terapéutica ubicadas en la Ciudad de Tuxtla Gutiérrez. En esta etapa de la investigación se pudo observar el rol que desempeñan el Juez de Control, el MP, el Defensor de Oficio, y el equipo multidisciplinario del CENTRA (psicólogo y el jurídico de seguimiento) dentro de las audiencias y la conducta hacia el participante.

Resultados:

De las observaciones de campo y entrevistas a los titulares del plantel de la Coordinación General CENTRA en Tuxtla Gutiérrez Chiapas y CENTRA Tapachula, acerca del rol de la institución dentro de la selección y detección de candidatos al PJT en aplicación de una SCP y/o Criterio de Oportunidad, así como las ventajas y fallas que presentan al estar vinculados a la Fiscalía General, se descubrió que:

El CENTRA es una institución que nació como proyecto de la Fiscalía General del Estado desde 2009, con la finalidad de brindar tratamiento a personas que por motivo de un consumo problemático o dependencia de sustancias psicoactivas se encuentran con conflictos con la ley. A nivel coordinación el plantel cuenta con tres áreas: psicología, jurídico y prevención. El área psicológica es la encargada de realizar los tratamientos ambulatorios a través de grupos focales de ayuda mutua y visualización de los riesgos de consumir sustancias psicoactivas o alcohol, busca reeducar la conducta. Así mismo, brindan terapia psicológica individualizada durante el tratamiento. Por otra parte, es la encargada de realizar un cuestionario o prueba de atención primaria de detención de consumo. Son preguntas cerradas por lo que la puntuación obtenida permite la clasificación de los individuos según el nivel de riesgo y el tipo de tratamiento (ambulatorio o residencial). El área jurídica es la encargada de llevar el seguimiento del beneficiario durante el desarrollo del tratamiento y de dar aviso al Juez de Control o al Fiscal del MP sobre los avances, inasistencias o recaídas que ha tenido la persona. Y, el área de prevención se ocupa de la protección a la salud de la población a nivel local, con la finalidad de brindar charlas informativas sobre los riesgos del uso y consumo de sustancias. Busca modificar los factores de riesgos o eliminarlos. (Anexo 1)

En cuanto a las clínicas del CENTRA para tratamiento residencial, este compuesto por un área de psicología y de asistencia médica. El tratamiento residencial consta de tres meses de internamiento teniendo como objetivo la desintoxicación completa del beneficiario.

Un resultado positivo del CENTRA en Chiapas, de acuerdo a la entrevista con los directivos y lo observado durante la investigación es que: el tratamiento es gratuito, con instalaciones adecuadas para llevar a cabo los diferentes tipos de tratamiento, abierto al público en general no sólo para personas que han sido remitidos por orden judicial, tras finalizar el programa las y los beneficiarios pueden continuar asistiendo si ellos lo desean, por lo que sirven como una red de apoyo. El tratamiento residencial es voluntario por lo que la persona puede abandonar las instalaciones cuando lo deseen.

No obstante, se observó durante las entrevistas a los directivos del plantel, que impera un enfoque penal sobre uno de salud, gira entorno al castigo como consecuencia de su consumo motivo por el cual tiene que ser reeducados y rehabilitados para no volver a consumir.

CENTRA, de acuerdo a la Coordinadora General de la institución funciona como “los padres” lo cuales se encargan no solo de brindar tratamiento sino de darles seguimiento judicial en conjunto con la autoridad a los infractores que fueron remitidos por la comisión de delitos bajo los influjos de alcohol u otras sustancias al Juez de Control o al Fiscal del MP. Y, aunque establezca que ellos como institución no pueden obligar a las o los participantes a recibir tratamiento o a continuar con el, al ser una institución vinculada a la Fiscalía General del Estado difunde el mensaje y visión de que al ser beneficiario y cumplir el programa tienen la ventaja de no quedar con antecedentes penales porque aceptaron ser reeducados y tratados en vez de enfrentar un proceso judicial. Tal y como se observa en la pregunta 7, del anexo 1.

“Aunque sea por orden judicial no podemos obligar al paciente a que se interne, pero si que lleve tratamiento ambulatorio. Si es apto para recibir un tratamiento residencial no puedo obligarlo que la persona acepte, pero si le puedo ofrecer un tratamiento ambulatorio, el chiste es que lleve el tratamiento para que el o ella pueda crear conciencia en la situación en la que se encuentra y el consumo que

tiene. La oportunidad que el Juez le esta dando o que el MP le esta dando es para que pueda quedar limpio del hecho que cometió (delito) pero si el o ella no quiere tampoco nosotros lo podemos obligar entonces se queda enfrentando un proceso penal y con posibilidad de quedar con antecedente penales". (Coordinadora General CENTRA).

Esto ha fomentado en los participantes del programa hacer orillados aceptar el tratamiento de manera obligatoria, esto en el caso del delito de ataques a las vías de comunicación en su modalidad de manejar en estado de ebriedad o bajo los influjos de alguna sustancia, ya que, el Acuerdo No. PGJE/010/2016 amplía la posibilidad de aplicar los Criterios de Oportunidad para este delito, siempre y cuando el infractor acepte ser sometido a tratamiento. Por lo que, al ser el CENTRA el cargado de brindar tratamiento, tienen de primera instancia acceso a la persona durante la detención para evaluarlos con un test de identificación de consumo primario motivando a la aceptación y viabilidad del candidato. Por otro lado, en el caso, de que las o los beneficiarios fueran referidos en aplicación de la SCP, el tratamiento es obligatorio sin previa voluntad del imputado.

Otro punto encontrado durante entrevista es que establecen no contar con incentivos o sanciones durante el seguimiento y desarrollo del tratamiento, sin embargo, tienen la facultad para suspender el tratamiento con tres inasistencias y solicitar al Juez de Control y/o Ministerio Público, que alargue el tratamiento por uno o dos meses más o el tiempo necesario. De igual forma, se puede prolongar el período de tratamiento en caso de recaídas.

"Si la persona no esta cumpliendo, no esta participando simplemente no se puede graduar y tampoco se puede dar de alta, simplemente se le extiende un mes más al tratamiento. En cuanto a reincidencias por consumo, la norma oficial lo menciona simplemente le alargamos el tratamiento a la persona por un o dos meses más." (Coordinadora General CENTRA).

Esto provoca en las y los participantes temor de ser expulsados del tratamiento y de ser vinculados o sometidos de nueva cuenta a un proceso judicial. Generando la sensación de ser doblemente castigados (Anexo 3). Tal y como se refleja en las entrevistas de los participantes que se expondrá más adelante.

De acuerdo a la entrevista realizada a la Coordinadora General como a la subdirectora del plantel del CENTRA Tapachula, el tratamiento no prevé otras posibilidades más que la abstinencia al consumo y uso de sustancias y/o alcohol. Lo cual refleja una política de riesgo basada en la prohibición y criminalización, lo cual puede ser contraproducente pues asocian que el consumo es un delito.

Ahora bien, en relación a las entrevistas realizadas a las y los beneficiarios se constató que el universo poblacional está conformado por principalmente por cinco hombres, de 20 a 33 años de edad, con nivel de educación media superior. Y, una mujer, de 32 años, con educación básica (sexto año de primaria), todos pertenecen a un sector socioeconómico bajo. En general son consumidores sociales de alcohol, primodelincuentes relacionados con delitos de ataques a las vías de comunicación en la modalidad de conducir en estado de ebriedad, daño a propiedad ajena, alteración del orden público y delitos contra la salud (posición simple para fines de consumo). Referidos al CENTRA, como condición impuesta bajo una SCP o en aplicación de un Criterio de Oportunidad. Precisaron no haber tenido problemas antes debido a su consumo, por lo tanto, no habían accedido a servicios de salud o de atención integral antes.

En ese orden de ideas, los beneficiarios concordaron en entrevista que la ventaja de ser remitido al PJT es que: es una oportunidad para recibir atención psicológica individual o familiar por parte de una institución de gobierno como es el CENTRA, pues reciben una atención integral no solo enfocada en la reeducación de su consumo de alcohol o alguna otra sustancias sino que toca lazos en su esfera familiar y comunitaria experimentando cambios positivos en su vida personal, como la reconciliación con su núcleo familiar.

Otra ventaja mencionada por los participantes es que no se encontraban enfrentando un proceso penal por la conducta delictiva realizada y, por lo tanto, no iban a quedar con antecedentes penales si concluían el tratamiento. Cabe mencionar que, cuatro de los entrevistados quienes se encontraba en tratamiento ambulatorio (3) y residencial (1) en aplicación de un Criterio de Oportunidad expresaron no haber tenido conocimiento que era voluntario recibir tratamiento toda vez que les mencionaron que era obligatorio, ya que la conducta de conducir en estado de ebriedad como la posesión simple para fines

de consumo constituyen un delito. Sin embargo, de conformidad con el acuerdo No. PGJE/010/2016 aunque establezca una ampliación para la figura antes mencionada se requiere la aceptación y voluntad de la persona para ser remitida a un centro de atención. Visualizándose una omisión de actuación por parte de las autoridades de brindar información completa acerca de la figura jurídica utilizada y del porque de la vinculación a tratamiento cuando no eran consumidores con problemas de dependencia.

En cuanto al participante en tratamiento residencial expresó sentirse orillado y obligado a aceptar estar internado toda vez que, al firmar su detención no se percató que, en su hoja de detención, el oficial que lo detuvo había puesto más porcentaje del que portaba. Por lo que, le otorgaron la posibilidad de elegir entre tratamiento o ser puesto a disposición ante un Juez de Control para ser vinculado por el delito contra la salud, en su modalidad de posición simple para fines de consumo.

Por otra parte, dos de las y los participantes que fueron referidos por orden del Juez de Control, precisaron que fue a petición de su abogado el solicitar la condición de recibir tratamiento contra la dependencia como estrategia para evitar una posible condena de privación de la libertad. Por lo que, se les otorgó la Suspensión Condicional del Proceso quedando sujetos a tratamiento como de ir a firmar cada quince días a las oficinas de la Unidad de Medidas Cautelares. Es menester mencionar que uno de las y los participantes no es consumidor de sustancias o alcohol.

Del número de participantes entrevistados en tratamiento ambulatorio en la coordinación del CENTRA de la Ciudad de Tuxtla Gutiérrez, se advierte que no se le brindó información acerca del programa de tratamiento, por lo que carecían de conocimiento acerca de la durabilidad de seis meses, y la posibilidad de prolongar el tiempo en caso de incumplimiento o recaídas. De igual manera, del control toxicológico durante dicho tiempo.

Adicionalmente, comentaron sentir temor de no ser liberados por el Fiscal o Juez de Control, debido a las inasistencias y de las demás obligaciones impuestas durante el tratamiento como el ser activo en las terapias grupales por la acumulación de puntos o por haber vuelto a consumir.

Mi tratamiento se alargó hasta por nueve meses porque salí positivo en el examen toxicológico de hecho en mi audiencia de graduación estaba muy nervioso, me daba mucho miedo que la fiscal me dijera que no podía graduarme y que no podría entregarme mi carta de liberación, ya que había salido positivo en un examen toxicológico, pero gracias a Dios valoraron los otros dos exámenes para reforzar de que no estoy ahí metido de lleno al consumo de drogas, no soy un drogadicto, la probaba esporádicamente. Tuve cuatro exámenes toxicológicos (Participante 1).

De lo anterior, se observa un mayor seguimiento de control por parte de la autoridad hacia la persona que volvió a consumir, la prolongación de tratamiento hasta por nueve meses y la aplicación de exámenes toxicológicos sorpresas recurrentes.

En cuanto a las inasistencias, las y los beneficiarios del programa expresaron que a la tercera falta corren el riesgo de ser suspendidos o expulsados, al menos que justifiquen ante el Juez de Control o al Fiscal, los motivos de no haberse presentando a las terapias. Así también, dijeron que la mayor desventaja son los horarios, pues tienen que acudir semanalmente a las terapias, lo cual afectaba su empleo.

Por último, las y los participantes entrevistados manifestaron no haber tenido audiencias de inicio en donde les explicarán el objetivo del tratamiento, el tiempo de durabilidad del tratamiento, las consecuencias en caso de incumplir el tratamiento. Dos participantes graduados refirieron haber tenido sólo dos audiencias: una de seguimiento y una de graduación. Y dos de ellos, llevar cuatro meses en tratamiento y no haber tenido ninguna audiencia de control de seguimiento para ver su progreso.

En las audiencias de control de seguimiento y graduación asistidas en julio y agosto de 2019, se observó que tienen una duración de 15 a 20 minutos, en ella participan el Juez de Control y/o el Fiscal del MP, el área de psicología y jurídica del CENTRA, el abogado de oficio o particular y el beneficiario. En caso de que el beneficiario haya sido vinculado al tratamiento como condición de la SCP, a parte de la participación del Juez de Control, se requerirá la presencia del MP para rendir informe de que el imputado está cumpliendo con las condiciones impuestas. En ambas audiencias ya sea presidadas por el

Juez o el Fiscal, se percibe una poca o nula participación del beneficiario y del abogado de oficio.

En las audiencias de seguimiento se expresan el avance que a tenido el participante, si ha participado en las actividades grupales e individuales, si ha asistido a todas las sesiones, y que durante el tiempo que ha estado en tratamiento ha evitado lugares y personas que sean factores de riesgo, dicho informe se logra con la participación de sus familiares directos que también deben de estar involucrados pues se encargan de informar sobre el comportamiento del participante y de servir como una red de apoyo y avance, cabe mencionar que si el candidato no cuenta con dicha red, no puede ser considerado en el sistema. Posteriormente, la autoridad encargada dependiendo del informe del CENTRA, y del MP, apercibe al beneficiario de las consecuencias que puede tener en caso de incumplimiento o recaídas, así mismo, incentiva a que continúe asistiendo a las terapias, que practique deporte, que evite lugares y personas que puedan ser factores de riesgo para el o ella.

Por último, en las audiencias de graduación recomienda a la persona sobre evitar volver a consumir, reitera que las puertas del CENTRA y de tratamiento seguirán abiertas si desea continuar asistiendo, le entrega su carta de liberación del programa y felicita nuevamente.

De lo anterior se advierte, una participación activa por parte del Juez de Control y/o Fiscal del MP en las audiencias de control así como del personal del CENTRA, la cual refleja una criminalización constante hacia la conducta del uso y consumo de sustancias pues se le apercibe al solicitante constantemente que en caso de incumplimiento de alguna condición impuesta puede ser suspendido definitivamente del programa y reanudarse su proceso penal, se le recalca los beneficios que puede tener en caso de concluir el tratamiento como: el de quedar sin antecedentes penales, fomentando a través de estos dos “medios condicional” que el solicitante continúe asistiendo al programa

También se observaron conductas paternalistas y algunas arbitrarias por parte del Juez y del Fiscal, como la prohibición de juntarse con ciertas personas que puedan influir en su comportamiento de abstención o visitar lugares que puedan ser factores de riesgo,

y aunque son condiciones impuestas a las cuales las personas se pudieron haber comprometido durante el tratamiento, éstas pueden llegar a exceder los límites a sus derechos, como el del libre albedrío, de reunión y de tránsito.

Se identifica que el problema principal tanto a nivel nacional como local, es que parten de una visión punitiva y criminalizadora del consumo, tratando de correlacionar consumo y delito, lo cual se agrava en el estado de Chiapas porque se excluye definitivamente la voluntad de la persona el querer o no recibir tratamiento cuando fue remitido por alguna autoridad, poniendo a personas con uso experimental o social en una posición de ser remitidos a un tratamiento y ser tratados como dependientes y delincuentes, aunado a que, al ser el CENTRA parte de la Fiscalía se somete a las y los participantes a una supervisión judicial extrema y a una serie de requisitos y condiciones que deben de cumplir la cuales desconocen los beneficiarios y que llegan a tener conocimiento cuando se presentan al tratamiento por primera vez o en su defecto cuando son notificados de que fueron suspendidos temporalmente del programa por haber incurrido en faltas. Es necesario que las autoridades que participan en estos programas brinden y proporcionen la mayor información posible a los candidatos sobre el plan de integración, desarrollo y seguimiento del tratamiento al cual serán sometido las personas.

Por otra parte, se visualizó un uso excesivo de la figura jurídica de Criterios de Oportunidad otorgada por el Fiscal del MP para casos relacionados con el influjo de sustancias de alcohol y/o droga referente a la remisión de personas con consumo social o experimental a los Programas de Justicia Terapéutica, lo cual sería necesario analizar en futuras investigaciones, ya que, la aplicación de este modelo contraviene a la naturaleza jurídica del Criterio de Oportunidad y por otro lado, a los objetivos de operatividad del programa.

CONCLUSIONES

PRIMERA. La política de drogas a nivel internacional y nacional busca resaltar las consecuencias y repercusiones que causan las drogas ilegales y sus mercados en la sociedad, así como la necesidad de establecer políticas efectivas que ayuden a mermar las consecuencias negativas que surgen de ellas a través de medidas basadas en el control y prevención de las mismas, tales como la educación, los programas de tratamiento, la vigilancia, el incremento de las penas por delitos relacionados con las drogas, entre otras estrategias.

Y, si bien, la política de drogas fomenta un discurso de “salud”, protección y prevención a ella, lo cierto es que en la práctica refleja más represión que prevención. Esto se observa en las acciones que proponen los Estados en cuanto al control de la oferta de drogas bajo discursos de influir también en la reducción de la demanda (consumo), un claro ejemplo es el encarcelamiento y la imposición de penas más fuertes a quien cometa alguna actividad ilegal en relación a las drogas, esto a provocado que mujeres, jóvenes, niños y niñas, consumidores y personas de sectores bajos sean más propensos hacer vulnerados por el sistema. Y, aunque actualmente la política de drogas plante programas para la reducción de daños de la demanda como tratamientos bajo supervisión judicial, u otros sustitutos de encarcelamiento a consumidores que cometieron delitos derivado de la dependencia de sustancias psicoactivas con el fin de rehabilitar y reinsertar, se observa más una visión restrictiva, punitiva y de criminalización hacia las drogas y el consumo, que de salud pública.

En este sentido, es necesario que los Estados adopten nuevas estrategias encaminadas realmente a la reducción de daños asociados al consumo, no desde tratamientos basados en la prohibición, abstención y judicialización de usuarios, si no desde el respeto al derecho a la salud, a la dignidad de la persona y a su libre albedrío.

SEGUNDA. La incorporación de los Tribunales de Tratamiento de Adicciones (TTA) en México no busca ser una política de drogas enfocada a la reducción de la demanda de las mismas pues esta nació como parte de una estrategia en materia de seguridad para contrarrestar el crimen organizado y los daños que han provocado en la sociedad

(Política criminal), esta visión se refleja al ser implementados dentro del sistema de justicia penal como un mecanismo alternativo de solución de conflictos.

El problema radica en abordar un tema de salud pública como es la dependencia de sustancias psicoactivas desde el ámbito penal. Pues, se presupone una correlación entre consumo y delito olvidándose que no todo consumidor comete delitos ni todo delincuente es consumidor, sumando que al ser las autoridades del sistema de justicia las que pueden ubicar y sugerir al posible participante para la inclusión al programa, derivado del diagnóstico confirmatorio de un examen toxicológico (solo refleja el grado de consumo excesivo que tuvo una persona antes de ser detenido más no se confirma que tenga un problema de dependencia de sustancias) se corre el riesgo que consumidores experimentales o sociales que cometieron un delito por primera vez bajo los influjos de alguna sustancia sean seleccionados con mayor facilidad por el potencial de terminar con éxito el tratamiento descartando a personas que si tienen un problema de consumo grave.

Esto refleja cinco cosas: la criminalización hacia usuarios de sustancias, la falta de conocimiento de los tipos de consumo, la exclusión del derecho a la salud hacia cierto tipo de personas que pueden terminar con éxito el tratamiento, la focalización y aumento de detenciones por parte de las autoridades de perseguir delitos menores como la posesión simple por consumo u otros delitos de menor grado por el consumo de alcohol y/o droga. Y, la falta de creatividad para aplicar otras medidas o políticas más ad hoc para abordar este tipo de tema.

TERCERA. La expansión de este modelo a nivel nacional se debe principalmente al proceso de consolidación del sistema de Justicia Penal y del auge que los diferentes estados le han hecho con respecto de ser un mecanismo alternativo de solución de conflicto, que tiene como objetivo la descongestión del sistema de justicia y sobrepoblación de los centros penitenciarios a través de tratamiento contra la dependencia, con el fin de lograr una adecuada reinserción social. Sin embargo, no existe investigaciones concluyentes que afirmen que se están cumpliendo tales fines, tampoco existe una legislación base que establezca los parámetros, los tipos de delitos (catálogo de delitos) y fundamentos legales por cuales se puede implementar.

Y, aunque actualmente existe una guía de aplicación donde se homologa su aplicación está deja abierta la posibilidad de desarrollar el programa en diferentes figuras procesales, ya sea en aplicación de la suspensión condicional del proceso, en ejecución de sentencia o bajo un acuerdo reparatorio.

Cabe precisar que, la aplicación del PJT bajo esta última figura mencionada carece de todo fundamento legal, puesto que, una vez garantizada la reparación del daño a la víctima se extingue la acción penal, y, por lo tanto, la persona no tendría porque estar sujeto a un tratamiento, no obstante, llama la atención que la guía contemple esta posibilidad y, que algunos estados apliquen estos programas bajo esta figura.

CUARTA. El Programa de Justicia Terapéutica (PJT) o de TTA en el Estado de Chiapas, se implementa al igual que en otras entidades federativas raíz de un convenio de cooperación entre el Gobierno de México y Chiapas como parte de una política a favor de la seguridad social. El programa comenzó a funcionar en la Ciudad de Tuxtla Gutiérrez a través de la creación de una Sala de Audiencia especial para llevar a cabo el programa, y de la habilitación de un Juez de Control y de un Fiscal del Ministerio Público para conocer de las audiencias de inicio, seguimiento, graduación y/o revocación del programa.

El PJT funciona como una condición en aplicación de una medida alterna que es la Suspensión de Condicional del Proceso y/o bajo la figura de un Criterio de Oportunidad otorgado por el Fiscal del MP. Proceden al igual que otros estados contra delitos cometidos bajo el influjo de alcohol y/o droga cuya medida aritmética no rebase los cinco años de prisión.

De acuerdo a los datos recopilados de la Fiscalía General del Estado, los tipos penales que se contemplan con relación al PJT se dividen en dos: delitos relacionados con sustancias psicoactivas (posesión simple con fines de consumo, y narcomenudeo). y delitos provocados por el consumo de alcohol (robo sin violencia, ataques a las vías de comunicación en su modalidad de conducir en estado de ebriedad y lesiones exceptuando las que pongan en peligro la vida).

Lo relevante del PJT en el estado, es que cuenta con clínicas públicas llamadas CENTRA vinculadas directamente con la Fiscalía General del Estado, lo cual resulta

preocupante porque las remisiones al programa y controles de seguimiento se incrementan. Y, esto se refleja en los criterios de inclusión para ingreso a tratamiento ambulatorio y residencial, en ambos la voluntad del participante se excluye cuando hayan sido ordenados por el Juez de Control o por el Fiscal, pues basta con tener un consumo experimental de sustancias psicoactivas o de alcohol para ser referido a un tratamiento ambulatorio y ser tratado como un adicto que necesita ser rehabilitado para evitar que cometa más delitos.

Esto refleja una visión cien por ciento criminalizante, no se prevé ni se toma en cuenta los tipos de consumo, ni tampoco se respeta lo que establece el marco normativo a nivel nacional (Ley General de Salud) bajo la justificación de que a nivel estatal existe un acuerdo sobre lineamientos de aplicación de criterios de oportunidad y suspensión condicional del proceso dando un catálogo de delitos no graves que contempla el Código Penal para el Estado de Chiapas, en los cuales se puede aplicar el PJT.

Un claro ejemplo es: el delito de ataques a las vías de comunicación en su modalidad de manejar en estado de ebriedad. Una persona puede ser detenida en un alcoholímetro y referida al programa, aunque no haya causado ningún daño, y, esto es posible porque la conducta constituye un hecho delictivo con una pena de seis meses a dos años de prisión, de conformidad con el artículo 385 del Código Penal para el Estado de Chiapas. Por lo que, el Fiscal tras analizar a la persona que cumple con los requisitos podría aplicar un criterio de oportunidad siempre y cuando exista la aceptación del detenido de someterse a un tratamiento.

Esto conlleva a que se orille al detenido a aceptar tratamiento por temor de ir a la cárcel o en su defecto omitir el procedimiento y vincularlos directamente sin explicación. De acuerdo a las personas entrevistadas que fueron detenidas por conducir en estado de ebriedad respondieron que las autoridades no le dieron opción de decir aceptar o no, que era obligatorio, toda vez que, a los días les llegó una notificación de que se tenían que presentar a las oficinas de la Coordinación del CENTRA para recibir tratamiento.

Esta situación de criminalización del consumo para cualquier tipo de sustancia sea alcohol o droga, tiene un impacto negativo en el sistema de justicia, y esto se refleja en los resultados expuestos en el capítulo tres, existe un aumento en las detenciones por

posesión simple de droga con fines de consumo, pero más por ataques a las vías de comunicación y daños por hechos de tránsito desde que se implementó el PJT. Por lo que, se advierte que la persecución de delitos menores continúa ocupando el primer lugar del aparato institucional, y dos, que los casos remitidos al programa son participantes que no tienen un problema de dependencia de sustancia lo cual garantiza que terminen con éxito el programa siendo muy ventajoso para el sistema porque elevan las cifras de participantes graduados y, de su supuesta efectividad de reinserción.

QUINTA. Por otro lado, se visualiza un uso excesivo de los Criterios de Oportunidad por parte del Fiscal del MP, referente a la remisión de casos a los PJT en el Estado de Chiapas, partiendo de la generalidad de que se debe aplicar esta figura, si el detenido se encuentra bajo los influjos de alguna sustancia psicoactiva y/o alcohol, lo cual es incorrecto, porque de acuerdo a la fracción II del artículo 256 del Código Nacional de Procedimientos Penales, no procede contra delitos que se hayan cometido en estado de ebriedad o influidos por alguna droga o estupefaciente, reflejándose una contradicción en su aplicación.

SEXTA. En cuanto a los tratamientos ambulatorios y residenciales impartidos por el CENTRA, se confirma que al igual que los demás estados de la república se manejan bajo una visión de abstinencia, no tomando en cuenta otros medios para tratar la dependencia, y aunque digan que el programa prevé las recaídas y que no las castiga, se corroboró a través del relato de los participantes, la aplicación de sanciones como el aumento de supervisión judicial, la asistencia a más terapias en la semana, la ampliación del tiempo del tratamiento por dos meses más o por el tiempo que sea necesario y la aplicación de exámenes toxicológicos sorpresas para la detección de sustancias. También se constató que las inasistencias se sancionan, las cuales puede llevar a la suspensión del tratamiento y a la reanudación del proceso penal. En cuanto a la exclusión al programa, se realiza cuando el candidato no tiene una red de apoyo, tal y como se refleja en la respuesta que dio la subdirectora de la clínica del CENTRA en la Ciudad de Tapachula, Chiapas al ser entrevistada.

SEPTIMA. En relación al control de seguimiento de audiencias y graduación del programa se confirmó que efectivamente es el Juez y/ o el Fiscal, los que toman la

decisión y rumbo del tratamiento, basado en el informe del personal de psicología y jurídico del CENTRA, se reflejó que todo el personal que participa en el programa tiene una visión punitiva y de criminalización hacia personas consumidoras sin distinción del tipo de sustancia o de consumo. Es imprescindible que las autoridades al mando de este programa comiencen por cambiar la perspectiva que tienen en cuanto a las drogas y al alcohol como generador de delitos y, de replantearse si es adecuado abordar un tema de salud pública como es la dependencia y uso de sustancia desde un enfoque penal.

FUENTES

Bibliografía:

AZZOLINI BINCAZ, Alicia Beatriz, “Las Salidas Alternas al Juicio: Acuerdos Reparatorios y suspensión condicional del proceso”, <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/9/4032/21.pdf>, fecha de consulta: 30 de mayo de 2017.

BENÍTEZ TREVIÑO, Humberto V. Lineamientos para la investigación jurídica, 11a edición, editorial Porrúa, México, 2014.

Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD), “Tribunales de Tratamiento de Drogas: Una Respuesta Internacional para Infractores Dependientes de Drogas”, Departamento de Programas de Justicia Facultad de Asuntos Públicos, American University, http://www.cicad.oas.org/fortalecimiento_institucional/dtca/publications/PUBLICACION_FINAL.pdf, fecha de consulta: 23 de mayo de 2017.

Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas de la Secretaría de Seguridad Multidimensional de la Organización de los Estados Americanos, “Modelo Mexicano del Programa de Justicia Terapéutica para Personas con Consumo de Sustancias Psicoactivas”, http://cicad.oas.Org/fortalecimiento_institucional/dtca/publications/files/modeloPJT_MX-GuiaMetodologica.pdf, fecha de consulta: 22 de mayo de 2017.

Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas de la Secretaría de Seguridad Multidimensional de la Organización de los Estados Americanos, “Informe Técnico sobre Alternativas al Encarcelamiento para Delitos Relacionados con las Drogas”. CICAD/OEA (2015), http://cicad.oas.org/fortalecimiento_institucional/dtca/publications/InformeSobreAlternativasEncarcelamiento_SPA.pdf, fecha de consulta: 23 de mayo de 2017.

Corte Superior de California Departamento de servicios del tribunal de droga-adicción, http://www.alameda.courts.ca.gov/dcs/spanish_site/about_sp.html, fecha de consulta: 23 octubre de 2018.

DROPPELMAN, Catalina y Hurtado Paula, Lección B Modelo de los Tribunales de Tratamiento de Drogas, Curso virtual de TTD impartida por el CEJA-JSCA, Centro de Estudios de la Justicia de las Américas.

Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT), Reporte de Drogas, 2016-2017, https://drive.google.com/file/d/1zIPBiYB3625GBGIW5BX0TT_YQN73eWhR/view, fecha de consulta: 08 de junio 2018.

FRIAS ARMENTA, “Justicia Terapéutica en México””, Il Congreso Iberoamericano de Justicia Terapéutica, <https://www.pjenl.gob.mx/TTA/download/justicia-terapeutica.pdf>, fecha de consulta 21 de mayo de 2017.

GIACOMELLO, Corina y ERREGUERENA Isabel, “Cortes de Drogas en México: Una crítica a partir de las experiencias de las mujeres”, Equis Justicia para las mujeres, https://equis.org.mx/wp-content/uploads/2018/10/Cortes_de_Drogas.pdf,

GIACOMELLO, Corina, “Niñez que cuenta: el impacto de las políticas de drogas sobre niñas, niños y adolescentes con madres y padres encarcelados en América Latina y el Caribe”, Argentina, CWS.Ofina Regional para América Latina y el Caribe, 2019, <http://www.cwslac.org/nnapes-pdd/es>, p.24. o en Organización Mundial de la Salud, “Alcohol, datos y cifras”, 2018, <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>.

Harm Reduction International, Derechos humanos y política de drogas. Reducción de daños, reporte informativo 1, Open Society Institute Public Health Program, https://www.hri.global/files/2011/06/14/IHRA_BriefingSpanish_1.pdf

HERNÁNDEZ SAMPIERI, Roberto, FERNÁNDEZ COLLADO, Carlos y BAPTISTA LUCIO, Pilar, Metodología de la investigación, quinta edición, Mc Graw Hill , México, www.FreeLibros.com.

LÓPEZ PELÁEZ, Antonio, SÁNCHEZ García, Arnulfo, y MENDOZA Gómez, Joel, Métodos y técnicas cualitativas y cuantitativas aplicables a la investigación en ciencias sociales, Tirant lo Blanch, 2015, <http://www.tirantonline.com.mx/tolmex/documento/show/945284?route=ser&general=metodologia+de+la+investigacion&searchtype=substring>.

MORALES QUINTERO, Luz Anyela y María Belinda Aguilar Díaz, “Justicia Terapéutica: barreras y oportunidades para su aplicabilidad en México”, II Congreso Iberoamericano de Justicia Terapéutica, <https://www.pjenl.gob.mx/TTA/download/justicia-terapeutica.pdf>, fecha de consulta 21 de mayo de 2017.

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), Informe Mundial sobre las Drogas, 2017, https://www.unodc.org/wdr2017/field/WDR_Booklet1_Exsum_Spanish.pdf

Programa Tribunales de Tratamiento de Adicciones-México (Estado de Durango) http://www.cicad.oas.org/Main/Template.asp?File=/fortalecimiento_institucional/dtca/tta_mexico/ciudades_spa.asp, fecha de consulta: 30 de mayo de 2017.

Programa Tribunales de Tratamiento de Adicciones-México (Estado de Nuevo León), http://www.cicad.oas.org/Main/Template.asp?File=/fortalecimiento_institucional/dtca/tta_mexico/ciudades_spa.asp, fecha de consulta: 30 de mayo de 2017.

Programa Tribunales de Tratamiento de Adicciones-México (Estado de Morelos) http://www.cicad.oas.org/Main/Template.asp?File=/fortalecimiento_institucional/dtca/tta_mexico/ciudades_spa.asp, fecha de consulta: 30 de mayo de 2017.

RAMÍREZ HERNÁNDEZ, Tania Tlacaoelt “La expansión de los tribunales de drogas en México” Cuadernos de Trabajo del Monitor del Programa de Política de Drogas, <http://ppd.cide.edu/documents/302668/0/21CIDE3.pdf>, fecha de consulta: 21 de mayo de 2017.

RUIZ GÓMEZ, Claudia Cristina, “Punto por Punto Tribunales de Tratamiento de Adicciones”, <http://proyectojusticia.org/wp-content/uploads/2015/08/Relatoria-9-desayuno.pdf>, fecha de consulta: 01 de junio de 2017.

Secretaría de Salud, Comisión Nacional Contra las Adicciones, “1er Seminario Internacional: La Justicia Terapéutica, una Alternativa en Desarrollo”, <http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/seminario.pdf>, fecha de consulta: 30 de mayo de 2017.

Secretaría Técnica del Consejo de Coordinación para la implementación del sistema de justicia penal, “Audiencia de Suspensión condicional del proceso”, http://setec.gob.mx/work/models/SETEC/Macroflujo_conceptual/pdfs/m-2221.pdf, fecha de consulta: 30 de mayo 2017.

TOVILLA PADILLA, Carlos, Criterio de oportunidad. Una herramienta útil del Fiscal del Ministerio Público en la resolución de los hechos que configuran delitos de bajo impacto relacionados a las drogas o al alcohol en el contexto de la Justicia Terapéutica Nova Iustitia, Revista digital de la reforma penal, año VI, número 24, agosto 2018, ISSN:2007-9508, http://www.poderjudicialcdmx.gob.mx/wp-content/uploads/Revista_Nova_Iustitia_Agosto_2018.pdf.

WEXLER B. David, “Justicia Terapéutica: Una Visión General”, http://cejfe.gencat.cat/web/.content/home/publicacions/activitats_formatives/prospectiva_criminal_prevenio_delinquencia05062012/justicia_terapeutica_resum.pdf, fecha de consulta: 23 de mayo de 2017.

Fuentes Legislativas

Acuerdo de la PGJE 01/2017, “Procedimientos en Materia de Justicia Terapéutica”, https://www.fge.chiapas.gob.mx/Transparencia/fracciones/server/pdf_doc.ashx?id_objeto=78D2BA04-8A08-4606-AAAF-F27CC9DC3889.

Acuerdo general 01/2014 emitido por el Consejo de la Judicatura del Poder Judicial del Estado de Chiapas, https://www.fge.chiapas.gob.mx/Transparencia/fracciones/server/pdf_doc.ashx?id_objeto=78D2BA04-8A08-4606-AAAF-F27CC9DC3889.

Código Nacional de Procedimiento Penales, última reforma DOF 17-06-2016,
http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/CNPP_250618.pdf

Código Penal para el Estado de Chiapas,
https://www.congresochiapas.gob.mx/new/Info-Parlamentaria/LEY_0012.pdf?v=Mjc=

Constitución Política de los Estados Mexicanos, Editorial Porrúa-UNAM, 10ª Edición, Vol. II, México, 2014.

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos Comentada, Tomo I Y II, Instituto de Investigaciones Jurídicas, UNAM, Décima Edición, Editorial Porrúa, México 2016.

Diario Oficial de la Federación, Ley General de Salud,
http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4652777&fecha=07/02/1984.

ANEXO 1

Entrevista a la Coordinadora del Centro Especializado para la Prevención y Tratamiento de las Adicciones (CENTRA). Tuxtla Gutiérrez, Chiapas

Lic. Lilita Ivett López Gordillo.

1. En relación al tratamiento me podría decir ¿cómo nace el proyecto de justicia terapéutica en el estado de Chiapas?

El proyecto nace a raíz de una de unas visitas a Washington, nos invitaron a recibir unos cursos con respecto al tribunal de drogas, a partir de ahí empezó a surgir la idea de implementarlo en el Estado. Sin embargo, las clínicas CENTRAS están desde el 2009 desde su creación han pertenecido a la fiscalía ofreciendo tratamiento gratuito. El programa de Justicia Terapéutica se agregó apenas en el 2017 y fue fácil su implementación pues las clínicas ya estaban.

2. ¿Cómo funcionaban las clínicas del centra antes de la implementación del Programa Justicia Terapéutica?

Las clínicas CENTRA siempre han estado en tratamiento ambulatorio o residencial, la persona que venía con la voluntad de recibir el tratamiento se le proporcionaba, no era necesario que estuviera en el Programa de Justicia Terapéutica, las clínicas ya estaban es por eso que el Estado de Chiapas al contar con estas clínicas se ve más favorecido con el Programa de Justicia Terapéutica a diferencia de otros estados que no las tienen.

3. En que aspecto se ve más favorecido el Programa de Justicia Terapéutica al contar con estas clínicas que pertenecen a la fiscalía.

En primer lugar, que hay un mayor presupuesto, en segundo que se lleva un control de las personas que son vinculadas al programa por algún delito, al mismo tiempo que se les ayuda a controlar alguna adicción, se le reeduca en cuanto a su consumo y sus acciones.

4. ¿Por qué el programa pertenece a la fiscalía y no a la secretaria de salud?

Porque el programa nació de acá de la fiscalía, la secretaria de salud no tuvo la idea ni tampoco la inquietud de implementarlo además del recurso para financiar las clínicas.

5. ¿Qué ventajas o desventajas considera que tienen las clínicas del CENTRA en pertenecer a la Fiscalía?

Considero que tienen todas las ventajas, no tendría ninguna desventaja porque los subsidia gobierno del estado, parte del presupuesto de Fiscalía General y el tratamiento es gratuito.

6. ¿Cuál es el impacto que tiene el programa JT en cuanto en la población Chiapaneca?

La baja incidencia delictiva, también un espacio en el que los padres tienen un lugar donde puedan internar y rehabilitar a sus hijos, que no somos un anexo, que damos un buen trato, que le ofrecemos el área médica, el área psicológica incluso jurídica.

7. ¿Desde su experiencia considera que existe alguna ventajas o desventajas para los beneficios del programa sea semi-obligatorio?

Aunque sea por orden judicial no podemos obligar al paciente a que se interne, pero si que lleve tratamiento ambulatorio. Si es apto para recibir un tratamiento residencial yo no puedo obligarlo que la persona acepte, pero si le puedo ofrecer un tratamiento ambulatorio, el chiste es que lleve el tratamiento para que el o ella pueda crear conciencia en la situación en la que se encuentra y el consumo que tiene.

Por ejemplo... al sujeto se le detiene por posesión de droga es consumidor y dependiente, como coordinadora yo no puedo obligarlo a que se interne aunque se le estén brindando las oportunidades, ahora bien si es por orden del Juez como cumplimiento de una condición de una suspensión condicional del proceso o a través de la aplicación de un criterio de oportunidad por parte del Ministerio Público debe de existir un acuerdo y aceptación antes, una vez aceptado queda obligado a cumplir independientemente si el sujeto quiera o no quiera rehabilitarse. Pero desde mi posición como coordinadora no puedo obligar a que la persona acepte, pues esta tiene que tener la voluntad o un poquito de conciencia de que es consumidor y que si esta acá es por un proceso legal y que tiene que cumplirlo agregado que le convendría acatarlo ya que si cumple el tratamiento queda sin antecedente penales, ya que el día de mañana o en un futuro si la persona quiere solicitar algún empleo no tiene dicho impedimento. La oportunidad que el Juez le esta dando o que el MP le esta dando es para que pueda

quedar limpio del hecho que cometió (delito) pero si el o ella no quiere tampoco nosotros lo podemos obligar entonces se queda enfrentando un proceso penal y con posibilidad de quedar con antecedente penales.

8. ¿Existe o ha habido casos en que la persona o el abogado defensor interponga algún recurso para no llevar tratamiento?

Ha habido casos en que, si lo han realizado, pero son muy pocos, pero te vuelvo a repetir nosotros tuvimos una persona, el MP nos lo envió por el delito de ataques a las vías de comunicación, era un señor de 55 o 56 años y tenía un tumor en el costado de su estomago y así venía a las terapias, teniendo las dificultades que tenía venía a su tratamiento ambulatorio. Ahora bien, si la persona está en cama postrado que no pudiera asistir también entendemos que no puede y tampoco nosotros podemos trasladarnos para darle la terapia, pero esta justificando que hay un estado de gravedad en este supuesto nosotros no podemos hacer nada más. Aun así si se fractura el pie o una pierna tiene que venir, si vive en otro estado tiene que venir, que si trabaja o tiene otras cosas que hacer tiene que venir, nosotros como institución lo apoyamos en que pueda recibir tratamiento aunque se alargue más, en vez de que sea semanal que sea cada 15 días también damos opciones pero tiene que asistir, tiene que cumplir porque esta en un proceso y si no cumple suspendemos el tratamiento, ya la autoridad el Juez o el MP vuelven a requerir a la persona, hay una alta probabilidad que se quede con antecedente penales. Pero nosotros como CENTRA agotamos todas las posibilidades para apoyarlo.

9. ¿Causas por las que se puede suspender el tratamiento?

Solamente por inasistencias, no hemos tenido otro tipo de casos, de porque sean rebeldes o porque no estén apegados al tratamiento, porque eso lo vemos desde su primera audiencia de seguimiento, ahí el/la MP es la que interviene y acentúa las bases del programa que es el compromiso por lo que si la persona no esta cumpliendo, no esta participando simplemente no se puede graduar y tampoco se puede dar de alta, simplemente se le extiende un mes más al tratamiento. Es algo como: “bueno sabes que sino te comprometes de lleno al tratamiento en tu siguiente audiencia no te puedes graduar porque no te has apegado a el y sigues con lo mismo entonces yo no te graduó te extiende un mes más el tratamiento”.

10. ¿Y en cuanto a las reincidencias?

Hemos tenido algunos pacientes que, si han reincidido en el consumo, pero la norma oficial lo menciona simplemente le alargamos el tratamiento un mes o dos meses más.

11. ¿Considera que es exitoso o efectivo un tratamiento semivoluntario por orden judicial?

El tratamiento es efectivo así sea voluntario o venga a la fuerza o renuente siempre y cuando te pegues a él. Hemos tenido pacientes del programa de JT que han venido utilizando expresiones como: “no quiero porque me detienen si yo no soy un consumidor frecuente sólo soy un bebedor social, de vez en cuando tomo, etc.”, en verdad pacientes renuentes y al terminar el programa salen felices ya con otro chip. Ellos hablan antes de entrar al tratamiento porque no saben en que consiste, nosotros independientemente de que trabajemos con respecto a las adicciones, tocamos familia, pareja, emociones, autoestima, es algo integral todo esto te orilla a que tu te hagas consciente en lo que estas mal para aterrizar en tu consumo. No nada más nos enfocamos en ¿Por qué tomas? Y ¿cada cuanto? ¿Por qué lo haces? o sea no, eso no. Considero que, si es exitoso, siempre y cuando el paciente desee trabajar durante el tratamiento, en cuanto al programa JT, así como entran lo tienen que terminar, quieran o no se llevan algo, aprenden algo, no hemos tenido un paciente que diga el que programa no funciona.

12. En términos generales, me podría platicar como son los tratamientos

En coordinación lo que hacemos es valorar a las personas que desean recibir tratamiento y nosotros solamente aquí en coordinación tenemos la oportunidad de ofrecer tratamiento ambulatorio, sin embargo dependiendo de la valoración y resultado que se obtenga nosotros canalizamos a las clínicas, eso es lo que brindamos acá, aparte de brindar pláticas de prevención, individuales y grupales, terapias psicológicas, realizamos talleres, eventos comunitarios en el que reunimos a los pacientes y nos vamos a levantar basura, realizamos eventos deportivos, tienen charlas del área médica es un trabajo integral lo que se realiza.

13. Desde su experiencia ¿cuáles serían los elementos o medios necesarios para que las personas accedan a tratamiento?

En coordinación somos tres pilares psicología, jurídico y prevención. Prevención sale a todo el estado a dar pláticas y ahí es donde se detectan a las personas consumidoras por medio de las pláticas, también la misma gente se acerca a preguntarnos como hacerle para ayudar algún familiar, entonces ya nosotros los invitamos a que venga a coordinación o vaya a la clínica más cercana para que le hagan una valoración siempre y cuando tenga la voluntad la persona de poder recibir un tratamiento y aparte los que ya son transferidos por el Juez o el Fiscal del MP, los que los detienen a la fuerza.

14. Me podría explicar ¿cómo funciona el proceso de captación o reclutamiento que hace el CENTRA en colaboración la fiscalía?

Por ejemplo, por el delito de ataques a las vías de comunicación, la persona tiene que cumplir las 48 horas en separos, a las 24 horas de estar detenidos bajamos a valorar, una psicóloga es la encargada de realizar el cuestionario o test, se realiza el informe y se le entrega MP, pasando el termino, la persona se retira es decir queda en libertad, el MP le entrega un informe o documento donde ya tiene que pasar con nosotros para que lo agendemos. O bien la misma autoridad le hablan por teléfono o le van a dejar por medio de un citatorio un documento donde le especifican que tiene que venir nuevamente a la coordinación para agendar con nosotros.

15. ¿Es necesario el perdón de la víctima para que el imputado pueda recibir tratamiento?

No, eso es aparte. El esta por un tratamiento de adicciones nada más. Le otorgue o no le otorgue el perdón. Ya que como institución no podemos convencer o proponer a la víctima que otorgue el perdón al imputado, imagínate que esta persona no solamente causo daños materiales sino también mato de manera imprudencial a alguien como familiar lo que se busca es que el imputado pague.

16. ¿La Unidad de Medidas Cautelares (UMECA) que función tendría en cuanto al Programa de Justicia Terapéutica?

Le dan seguimiento a la persona por medio de nosotros que lleven su tratamiento pero no le dan seguimiento como tal, la UMECA me pide informe de su tratamiento, como va, si esta asistiendo o no, pero como tal que le den seguimiento o que supervisen a nuestros pacientes no, si están participando en las actividades comunitarias, no, es más no se

aplica, nosotros lo hemos querido implementar aquí pero no puedo forzarlos u obligarlos hacer trabajo comunitario, que deberían de hacerlo pero no lo hacen por pena a lo que van a decir los demás. Lo que si hacemos es por ejemplo realizar actividades deportivas, ir a joyyo mayu o caña hueca a levantar basura, pero son actividades que a nosotros nos nace invitar y hacer, pero no los puedo obligar, ellos están cumpliendo convenir a tratamiento, eso ya es extra. La UMECA casi no funciona aquí, entre menos sepan de que viene a un tratamiento por alcohol o droga es mejor, hasta ellos mismo nos los piden.

17. ¿Si la persona no esta asistiendo a terapia, ustedes les comunican a través de un informe?

Así es, nosotros les comunicamos a ellos y ellos al juez o al fiscal y ya ellos se encarga de volvernos a mandar dicho informe. Es el cinturón, cuando no entiende ya mamá y papá (CENTRA) van a traer el cinturón (UMECA) para pegarle para que entienda que tienes que aprender hacer eso.

18. Desde su perspectiva ¿Considera que el marco regulatorio ayuda a mantener los niveles de consumo más bajo?

Nosotros aquí tenemos a personas que han sido detenidas por transito del estado en las caravanas que hacen por medio del alcoholímetro. El porcentaje para que te detengan es .80 en aliento. Esto desde mi punto de vista ayuda a mantener los niveles de consumo más bajo, porque es un nivel de consumo en el cual todavía puedes manejar, estas empezando, como cuando vas a una comida te tomas dos cervezas y no pasa nada a diferencia de que fueran 100, en ese caso ya estas en un estado en el que no puedes conducir o mejor dicho no debes, sin embargo por el mismo estado en el que se encuentra la persona se siente como juan camaney que lo puede hacer todo, pero el 0.80 yo todavía lo veo bien no lo veo mal, esta empezando a consumir hay personas que para comer pueden tomar dos cervezas y no pasa nada. En el caso de aquellos consumidores sociales como es el caso que te acabo de mencionar el CENTRA se enfoca en tratamientos preventivos ambulatorios no amerita un tratamiento residencial porque no es un consumidor que esta de manera frecuente sino de manera ocasional.

19. Desde su punto de vista ¿Cuáles serian las acciones o estrategias claves para reducir el consumo de sustancias en el estado de Chiapas?

Que la ciudadanía tuviera más información o que existiera más publicidad en relación a que aquí, en el estado de Chiapas, el manejar en estado de ebriedad es un delito, mucha gente no sabe que te puedes ir a separos solamente por eso, por lo que la mayoría de las personas lo ve como agresión, ya que alegan no ser delincuentes como para ser detenidos, sin embargo, así lo establece nuestro código y así lo manejamos. Yo creo que talvez la gente piensa que no les va a pasar, pero ya cuando les pasa ahí si quieren que las autoridades intervengan para obtener justicia -es que no es inculcar miedo, pero si es el hacerle ver que un familiar de ellos es el que pudo ser afectado, que el que iba manejando es un consumidor, por ejemplo.-. O sea, es cambiar mucho la cultura y la ideología de las personas. Definitivamente es difícil, me he topado mucho con eso, que por más que yo les digo a los padres o familiares que su hijo esta mal, lo ven como un niño todavía y te estoy hablando de un hijo de 32 años, es muy difícil que la persona, el papá o la mamá cambie ese chip de que el hijo ya no es un niño y que lo que cometió es un delito o por otra parte, que el hijo esta consumiendo drogas, no es un pastel, es droga. Otro punto serio, que no deben llevar a sus hijos a fiestas ya que todo lo que hacemos son patrones de conductas aprendidas, si tu vas a una fiesta y el papá esta echando trago, y el tío y los demás familiares igual, el niño ve, normaliza y generaliza. Y eso no es bueno, porque esta en la etapa en la que esta aprendiendo y el esta observando y cuando es adolescente se justifican bajo la idea de que si el padre o la familia la hace porque el no—digo, hay de papás a papás.

Anexo 2

Subdirectora de la clínica del Centro para la Prevención y Tratamiento en Adicciones (CENTRA) en Tapachula.

Lic. Lilitiana Berenice Vela Ametiz

1. ¿Cuáles serian los factores desde su experiencia hacen que las personas se involucren en el uso de sustancias psicoactivas?

Son muchos factores, pero el principal creo que es la desintegración familiar, la ausencia de una figura paterna o materna que los ayude en el desarrollo y formación del niño, otra causa seria por abuso sexual que puede sufrir la persona, por seguir patrones o querer

encajar en una comunidad social es decir por amistades, el bajo autoestima o por el poco control que la persona puede tener en cuanto al consumo.

2. Desde su experiencia ¿cómo es el panorama epidemiológico en el Estado? Es decir, ¿Realmente tenemos un problema de uso dependiente o es más enfocada al abuso de sustancias psicoactivas?

Creo que tenemos más un problema de abuso de sustancias a un problema de dependencia pero que si no se trata se está a un paso de convertirse en uno. En general no conozco el dato, para decirte en que lugar estamos como Estado en cuanto consumo de sustancias, pero desde mi experiencia cada día se ingresan a más de cinco personas al día para tratar su adicción ya se a la marihuana, a la piedra, a la coca, a la metanfetamina, tuvimos uno que era adicto a la heroína y a los fármacos.

3. ¿Cuál es la sustancia más común en el Estado por la que son remitidos a tratamiento las personas?

La mayoría por consumo de piedra, de marihuana, de cristal. Pero la sustancia con mayor prevalencia en el CENTRA de aquí es la marihuana.

4. En relación al tratamiento ¿Cuáles considera usted que serian los obstáculos y retos a los que se enfrenta una persona con problemas de dependencia de sustancias?

En primer lugar, el estigma que gira entorno a las personas que consumen sustancias, es decir, rápido relacionamos o catalogamos a una persona consumidora de drogas como delincuente sin ver el trasfondo de su consumo, agregando que no todo dependiente a fuerza tiene que cometer actos delictivos, sin embargo, tenemos muy marcada esa correlación, otro obstáculo seria su entorno familiar, es decir que no encuentre apoyo o algo que lo ayude a querer salir adelante.

5. En relación al tratamiento que ofrece la clínica CENTRA, me podría platicar como se aplica o se relaciona el Programa de Justicia Terapéutica en el municipio.

Desconozco el dato pero las clínicas del CENTRA vienen funcionando desde el 2009 en coadyuvancia con la fiscalía desde su creación, ellos remiten a las personas que consideran que tienen un consumo perjudicial y que al mismo tiempo ese consumo les genero algún conflicto con la ley por lo que son referidos a la clínica para que sean

valorados y poder ofrecerles tratamiento de rehabilitación ambulatorio o residencial pero si no quieren quedarse simplemente se les brindaba información sobre los módulos de atención a donde acudir, por otro parte también la clínica acepta a personas que deseen de manera voluntaria recibir tratamiento sin necesidad de una orden judicial. En cuanto al programa se que es relativamente nuevo por lo que no se como están funcionando realmente, eso si enviamos cada mes informes de todos los participantes que han sido remitidos por orden judicial a la coordinación del centra en Tuxtla, aquí sólo nos encargamos de brindar tratamiento residencial a personas que realmente tienen un consumo dependiente de sustancias.

6. Por qué el programa pertenece a la Fiscalía y no a la secretaria de salud.

La verdad no se decirle, pero hemos trabajado con el Centro de Atención Primaria en Adicciones (CAPA) que pertenecen a la Unidad de Especialidades Médicas (UNEME), junto con ellos hemos dado platicas sobre prevención de consumo de drogas en escuelas de todos los niveles y en ciertas comunidades.

7. ¿Qué ventajas y desventajas tiene el CENTRA (como dependencia) en pertenecer a la fiscalía?

Desventajas creo que ninguna, incluso podría decirse que seria una ayuda para todos aquellos consumidores dependientes pues reciben una mejor atención por parte de las autoridades y apoyo legal.

8. En términos generales, me podría platicar cómo son los tratamientos aquí

Como clínica nos enfocamos en la rehabilitación del paciente partiendo del principio de la abstinencia, cero sustancias, antes de ingresar al paciente solicitamos que este ya no presente síntomas de abstinencia para evitar problemas de agresión al personal o a otros pacientes, tienen que haber pasado por lo menos las 72 horas para poder recibirlos, si se detecta que el sujeto todavía esta bajo los efectos de alguna sustancia lo mandamos con un psiquiatra o a un hospital general para su debida desintoxicación, una vez dentro se le entrega una carta compromiso la cual tiene que firmar, pues se compromete acatar las normas del plantel y participar en las actividades que se realicen. Los tipos de tratamiento que manejamos son terapias medicas, de ayuda mutua, grupales y

psicológica. Son 3 meses de tratamiento residencial y después 6 meses en tratamiento ambulatorio. El tratamiento ambulatorio tiene que acudir nuevamente el paciente a las instalaciones dos veces a la semana los primeros cuatro meses y luego dos meses más a grupo de ayuda mutua.

9. ¿Aparte de la abstinencia se emplea otro método para dejar el consumo de cierta sustancia?

No, la meta es la abstinencia total, ya sea de alcohol, cigarro o cualquier otra droga. De hecho, no se permite fumar por lo mismo. Ahora si se refiere en cuanto a la sustitución de una droga por otra tampoco, es por eso que a la hora de recibir solicitamos que vengan limpios.

10. ¿Causas por las que se puede suspender el tratamiento?

En residencial se puede expulsar a la persona ya sea por agresión al personal o a algún paciente, también por si meten droga al plantel o se le encuentra en el transcurso de su reclusión. En ambulatorio sólo por faltas se puede suspender, se consideran las recaídas, pero no es causa para expulsión.

11. Desde su experiencia ¿cuáles serían los elementos o medios necesarios para que las personas accedan a tratamiento?

Creo que la difusión del programa como tal porque muchas veces las personas no quieren ingresar por miedo a que seamos como un anexo, donde se presentan casos de violencia del personal hacia los pacientes, si algo nos caracterizamos como institución es que el tratamiento es voluntario y en el momento en que el paciente decida irse lo puede hacer, no importa si los familiares no estén de acuerdo.

12. ¿Cuáles serían las acciones o estrategias claves para reducir el consumo de sustancias en el municipio?

Considero que hay que enfocarnos más en el área de la prevención, generar nuevas estrategias no sólo pláticas a escuelas o brindar información porque eso no modifica la conducta, creo que deberíamos de centrarnos realmente a la prevención social, comunitaria, a espacios públicos en el que se exista orientaciones universales

(intervenciones generales), sectoriales (personas que ya tienen factores de riesgo de consumo) e indicadas (personas que ya tienen un problema de consumo).

Anexo 3

Entrevistas a participantes

Entrevista 1

1. Me podría platicar un poco sobre usted. ¿Cuándo nació, de donde es, donde estudio su estado civil, si tiene hijos y donde vive actualmente?

Soy Marcos "N", nací en la ciudad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, el 07 de diciembre de 1983, estudié hasta el tercer semestre de la carrera de administración de empresas (LAE), soy casado y no tengo hijos. Actualmente vivo en Ácala pero trabajo aquí en Tuxtla ya que tengo un negocio de partes de automotriz.

2. ¿Cuándo y cómo empezó a consumir?

La primera droga que probé fue el alcohol, tenía 14 años estaba en preparatoria, fue por curiosidad con unos amigos. Pero la primera vez que me embriague fue a los 16 años en una fiesta con amigos. La cocaína la probé a los 33 años, de igual manera por curiosidad, sin embargo, esa la consumía más seguido, sobre todo en fiestas.

El consumo de alcohol, fue gradual, es una enfermedad progresiva, por lo que paso 6 o 7 meses para que volviera a tomar y así 7 ú 8 meses, incluso 1 año. Sin embargo, hace como 10 años que empecé a tomar más seguido, para ese entonces ya tenía 23 años, y consumía cada 15 días, luego cada semana, pero hace dos años ya consumía tres veces por semana, es decir tomaba un lunes, miércoles y sábados, o bien lunes, jueves y domingos.

3. ¿Cómo era el contexto social en el que consumía?

Consumía con amigos, sobre todo en reuniones con ellos. Soy una persona muy alegre que le gusta mucho convivir. Casi nunca consumía sólo, al menos que se me antojara por el calor, pero era una o dos cervezas.

4. ¿Sintió alguna vez que el uso de sustancias interfería en sus relaciones personales, con su familia, amigos, con su economía o era algo que bien o mal podría manejar?

Económico no tanto, pero si familiar, sobretodo con mi esposa, ella definitivamente no me puede verme tomando, ya que su hermano falleció de una congestión alcohólica. Le quedo una mala experiencia, por lo que le generaba molestia que tomara ya sea con amigos o familiares. Yo, por ejemplo, consumiendo alcohol y estando bien tomado nunca he sido agresivo o de las personas que llegan hacer escandalo con sus vecinos, lo que se piensa generalmente de la mayoría de las personas que toman es que son borrachos agresivos, escandaloso, que le pegan a la mujer, pero no todos, al menos yo no soy así, y si estuviera mi esposa aquí se lo puede decir, soy una persona trabajadora, honesta, responsable y respetuoso, lo único que me hecha a perder dijera ella es que soy borracho, caprichudo (necio), ya que una vez picado quiero seguir hasta quedar inconsciente.

5. ¿Intento alguna vez dejar de consumir?

Muchas veces, de hecho, tuve dos accidentes automovilísticos, pero no entendí e incluso sin tener un accidente me proponía ya no volver a tomar, pero solo tardaba dos semanas y reincidía nuevamente como tengo muchos amigos, conocidos, y bastante clientela siempre me llegaban a decir y con una que probara ya quería seguir la fiesta.

6. ¿Cómo era su relación con su familia? ¿lo/la apoyaban?

Siempre he tenido buena relación con mi familia, con mi esposa, como le comentaba soy una persona muy trabajadora que le gusta hacer las cosas bien para tener que ofrecerle a mi mujer, siempre me ha apoyado en todo, sólo tenia problemas con ella cuando tomaba, y con mi mamá si se enteraba.

7. ¿Estuvo en algún centro de tratamiento o grupo de ayuda antes?

No nunca, de hecho, es la primera vez.

8. ¿Cuándo y cómo llego aquí? ¿Por qué delito fue detenido?

Llegué aquí por ir manejando en estado de ebriedad, no porque fui a chocar o porque hice escandalo, me detuvieron en un reten de alcoholímetro. En los separados estuve el 12 de septiembre de 2018 alrededor de las 3 de la mañana. Estaba solo en un bar

nocturno, ya había parado de tomar con mis amigos pero me quede porque quería seguir tomando, al salir de ahí, ya para irme a mi casa veo por el retrovisor una patrulla la cual me hizo señas para que me estacionara, ya al bajarme los policías me empezaron a decir de cosas, y como iba tomado los insulte, jamás los agredí físicamente pero verbalmente si, así que uno de ellos me empujo mientras el otro hacia intento para separarlo de mi. Al llegar a los separos, el policía que agredí verbalmente, le enseñó a la policía -que estaba tomando nota- una bolsita de cocaína, y le dijo: “mira, esto es de el”, con toda seguridad le dije “eso no es mío y si lo anotas yo al rato voy a salir, porque tengo conocidos y eso te puede costar tu trabajo, te voy a denunciar por abuso de autoridad”, y efectivamente solo unas horas estuve detenido y al salir estuve un rato más en las oficinas del ministerio público para que me liberaran mi carro.

9. ¿Cómo es que supo del programa de Justicia Terapéutica? ¿Fue usted quien solicitó alguna medida alternativa de solución de conflicto?

No lleve un proceso ante un juez, me detuvieron, estuve unas horas en los separos, y durante ese tiempo llego una psicóloga del centra, me valoro e hizo una serie de preguntas las cuales respondí con toda sinceridad, me pregunto desde cuando bebía, cada cuanto bebía y que drogas había probado y muchas preguntas más. Salí con tratamiento residencial de tres meses sobretodo por el consumo de cocaína, pero al subirme a las oficinas del centra me dijeron que mejor llevaría tratamiento ambulatorio, ahí estuve otro rato en las oficinas del ministerio público para ver lo de mi carro, y me dijeron que tenía que presentarme dos veces a la semana a platicas de prevención que ofrece el centra.

10. ¿Por qué aceptó recibir tratamiento?

Hasta donde sé es obligatorio para todos aquellos que están en mi condición, por el delito de ataques a las vías de comunicación, nunca me mencionaron que era opcional recibir tratamiento.

11. ¿Cuánto tiempo lleva recibiendo tratamiento?

Llevo nueve meses en tratamiento. Empecé el 10 de octubre de 2018 pero debí de haber terminado a finales del mes de abril de 2019, no sucedió así porque tuve una recaída,

consumí cocaína un mes y medio antes, lo detecto el segundo examen toxicológico que me hicieron de sorpresa, por lo que se extendió el programa para mi, para ello tuve que solicitar una oportunidad al fiscal adscrito de las oficinas del centra, ya que tenía miedo de que me fueran a expulsar y a recluir en el canelo. Porque he escuchado que muchas veces a las personas por consumir terminan en la cárcel.

12. ¿Cuántas sesiones a tenido?

La verdad no se, pero vengo dos veces por semana, los lunes a terapia individual y los jueves o viernes a terapia grupal.

13. Podría platicarme un poco ¿Cómo son las terapias o sesiones que ofrece el centra y qué actividades realizan?

Las terapias individuales son con el psicólogo el cual me pregunta que he hecho, en el día o en la semana, como es mi comportamiento con mi familia y en el trabajo, al final me orientan. En las terapias grupales a veces llegan grupos de alcohólicos anónimos a contarnos sus experiencias y las consecuencias que han tenido, usualmente nos ponen hacer conciencia de no manejar en estado de ebriedad, evitar ciertas amistades o situaciones de riesgos que nos pueden llevar a consumir, así mismo nos instrúan de todo un poco sobre discriminación, derechos humanos y género. En general creo que es un programa muy bonito y una gran oportunidad para todo aquel que quiere salir adelante. El trató de todo el personal es muy amable y cortes.

14. ¿Cuántas audiencias de control de seguimiento ha tenido?

Dos audiencias, una de control de seguimiento que fue en el mes de marzo donde salí positivo en el examen toxicológico y hace dos días que fue mi audiencia de graduación.

15. ¿Cuántos exámenes toxicológicos le hicieron?

Cuatro, uno el 08 diciembre, otro 23 de marzo, 13 abril y 02 de julio. Pero en si creo que son dos nada más pero como recaí estuvieron más al pendiente de mi.

16. Podría platicarme ¿cómo fue la audiencia de control de seguimiento y su audiencia de graduación?

Recuerdo que no duraron más de 20 minutos, en la audiencia de seguimiento fue donde solicite al fiscal del ministerio público del centra que me diera otra oportunidad. Le prometí que ya no volvería a consumir y que me acataría a todo lo que ella mandara, me dijo que debido a los acontecimientos el tratamiento se alargaría y que si continuaba consumiendo seria expulsado del programa.

En mi audiencia de graduación estaba muy nervioso, me daba mucho miedo que la fiscal me dijera que no podía graduarme y que no podría entregarme mi carta de liberación, ya que había salido positivo en un examen toxicológico, pero gracias a Dios valoraron los otros dos exámenes para reforzar de que no estoy ahí metido de lleno al consumo de drogas, no soy un drogadicto, la probaba esporádicamente, no siento la necesidad ni nada de eso, sólo era para pasarla bien con los amigos o para bajarme lo alcoholizado de vez en cuando, ese era mi temor. En cuanto al trato, todos fueron muy amables, igual la Fiscal del Ministerio Público, al final me felicito y me aconsejo que le eche ganas, que mantenga mi mente ocupada, que no ande pensando en vicios o salir nuevamente con personas que me inducen a consumir, que hiciera deporte y que las puertas estarían abiertas para mi cuando lo necesitara.

17. ¿Cuánto tiempo lleva sin consumir?

Cocaína hace como 4 meses, y alcohol hace como dos meses, es que en sí nunca deje de tomar una que otra cerveza, claro sin llegar a embriagarme, hasta 6 me tomaba, por antojo y en mi casa, ya no me iba de fiesta. Incluso se lo manifesté a la psicóloga porque no me gusta decir mentiras -¿Y que le dijo?- que no lo hiciera, que tenia que resistir porque podría salir en mi otro examen, que mi meta debe ser cero alcohol cero droga.

18. ¿Cómo se siente ahora? ¿Cómo se lleva ahora con su familia, en el trabajo, amigos, etc.? ¿Consideras que has tenido una mejoría o avance?

Me siento muy bien, tranquilo mentalmente, más relajado porque ya concluí lo obligatorio. Desde que empecé a venir a terapia, mi esposa súper feliz, porque dejé de ir a fiestas y le pedía permiso si quería tomar, aunque fuera una por puro antojo, ya no me iba a embriagar, nunca tuve mala relación con ella ni con mi familia. Considero que si he mejorado, pero todavía me falta, mi meta es dejar de consumir totalmente alcohol para

evitar futuras recaídas de cocaína, además ya entendí que no debo manejar cuando haya bebido para evitar accidentes.

19. ¿Cuál cree que serían las ventajas del programa de justicia terapéutica?

Que es gratuito y que te ayuda a tener una vida más saludable

20. ¿Cuáles serían las desventajas u observaciones del programa?

No le veo ni una

21. ¿Recomienda el programa? ¿Qué les dirías a otros posibles beneficiarios del programa?

Totalmente, que es muy diferente a lo que me imagine, ya que he escuchado que en algunos centros golpean a las personas o los tratan mal, pero aquí es diferente, te tratan bien, te ayudan no solo a que dejes de consumir sino te orientan a como superarlo.

22. ¿Hay algo que quiera añadir?

Que voy a seguir viniendo, aunque ya no sea obligatorio.

Entrevista 2

1. Me podría platicar un poco sobre usted. ¿Cuándo nació, de donde es, donde estudio su estado civil, si tiene hijos y donde vive actualmente?

Mi nombre es Ernesto "N", soy del estado de Chiapas, radico en Tuxtla, pero soy del municipio de Villaflores, tengo 20 años, soltero y sin hijos. Estoy cursando el tercer semestre de la carrera de administración de empresas.

Ingrese al grupo de Centra por un accidente que tuve, iba en estado de ebriedad, me quede dormido y me estrellé con una moto y en frente había un cometa, hubo heridos y daños materiales, es por eso que estoy aquí.

2. ¿Cuándo y cómo empezó a consumir?

Empecé a consumir alcohol entre los 14-17 años en la secundaria y preparatoria, nos íbamos con mis amigos por una o dos cervezas porque era lo común, ya que enfrente de la escuela donde estudié había lugares disponible para comprar, igual en fiestas

familiares, con mis primos, incluso mi papá me ofrecía una cerveza aunque el ya no tomara, dejo de beber desde hace como 3 o 4 años, por salud, se dedico al deporte, como ya esta jubilado, el ya no quiere saber nada de fiestas.

3. ¿Cómo era el contexto social en el que consumía?

No consumía hasta quedar tomado, tomado, porque me regañaban, la regla era que no llegara ebrio a casa, o que fuera hacer relajó o escandalo, mis papas siempre me decían: “no creas que vas hacer muchas de estas en cuanto te pongas agresivo yo te anexo”, así que siempre fue como algo muy relajado, tranquilo, soy un buen tomador, no soy pleitista, agresivo, de hecho nunca tuve un problema, hasta ahorita, ni con amigos ni con familiares ni con nadie.

El contexto en el consumía alcohol era con amigos y con familia más con amigos y últimamente con mi familia. Nunca tome sólo o que fuera yo el que agarrara la fiesta y le hablare a mis amigos, no es mi caso, eran ellos quien me invitaban.

4. ¿Sintió alguna vez que el uso de sustancias interfería en sus relaciones personales, con su familia, amigos, con su economía o era algo que bien o mal podría manejar?

Si, sobretodo en lo académico, por ejemplo, ya en la universidad cuando vivía solo, tomaba con mis amigos, nos íbamos de fiesta los jueves, viernes, sábado. Aunque tuviera clases los viernes y practica los sábados, ya no iba o llegaba sin ganas, no era lo mismo que llegar bien sin desvelo, sin cruda, también deje de jugar futbol (desde pequeño he pertenecido a un equipo de futbol) porque prefería andar de fiesta, perdí la confianza de mis papás.

5. ¿Intento alguna vez dejar de consumir?

Si, lo máximo que deje de tomar fueron ocho meses, si continuaba saliendo con mis amigos pero no tomaba ni una cerveza, porque tuve una experiencia, me emborrache con vodka –nunca había tomado vodka—y para mi suerte ese día mi mamá estaba en casa, cuando me vio me cacheteo, me grito, me regañó, no le conteste ni nada porque es mi mamá y porque no me gusta los pleitos no soy agresivo, mejor dicho no podía con mi alma. Así que para evitar problemas y eso, agregando que no me gustaba que mis papás me vieran en ese estado, deje de consumir ocho meses. Durante ese tiempo

podría decirse que perdí la confianza de mis papás, me quitaron ciertas cosas como el carro o ciertos privilegios como estar saliendo a cada rato, pero poco a poco la fui recuperando.

6. ¿Cómo era su relación con su familia? ¿lo/la apoyaban?

Siempre he tenido apoyo de mis papás, pero por el incidente del que le comente, de que me cacharon ebrio regresando a casa la relación se fue fracturando.

7. ¿Estuvo en algún centro de tratamiento o grupo de ayuda antes?

No, nunca

8. ¿Cuándo y cómo llego aquí? ¿Por qué delito fue detenido?

Me detuvieron por el delito de ataques a las vías de comunicación, daño en propiedad ajena y lesiones a título de culpa. No recuerdo la fecha exacta, pero fue como en el mes de enero. Me quede dormido detrás del volante por conducir en estado de ebriedad, cause daños materiales (a una moto y aun cometra) y hubo una persona herida.

Cuando me detuvieron fue feo porque me golpearon, recuerdo que no quería bajarme del carro porque tenía miedo, ya que vi que había un señor tirado en la calle, no se movía, los ambulantes que estaban por la zona se empezaron aglomerar alrededor del carro, tocaban el vidrio para que me bajara, lo movían de un lado a otro, pensé que si salía del vehículo podrían pegarme o hacerme algo. Pero llegaron las patrullas y terminaron bajándome, me esposaron y mientras me dirigía a la patrulla regrese para decirles que si podían checar lo del gato y algunas cosas que traía en el carro antes de que se lo llevara la grúa, pero el policía antes de que pudiera decir otra cosa más me dio un macanazo detrás de mi cabeza y quede inconsciente. Desperté cuando ya me encontraba afuera del edificio de la Fiscalía General del Estado, el mismo policía que me golpeo me dijo que me bajara. Ahí descubrí que no tenía mi celular, mi cadena de oro, mis zapatos, mi cartera estaba, pero sin dinero, y sin tarjetas. Obviamente no me devolvieron mis cosas cuando salí.

Estuve en los separos alrededor de 48 horas, a las doce horas me subieron al segundo piso donde se encuentran las oficinas de la fiscalía, me hicieron firmar el registro de la detención y me volvieron a encerrar. Más tarde bajo una psicóloga del centra me hizo

algunas preguntas -todas relacionadas a mi consumo- dijo que era apto para entrar al programa ambulatorio del Centra siempre y cuando el señor de la moto me otorgara el perdón e hiciera la reparación de los daños. Y así fue, el señor accedió y pague todo. En febrero inicie el programa del grupo centra, acepte en venir con un psicólogo y participar en las terapias grupales.

9. ¿Cómo es que supo del programa de Justicia Terapéutica que ofrece las oficinas del centra? ¿Fue usted quien solicitó alguna medida alternativa de solución de conflicto? He ahí la contradicción cuando salí de los separos la psicóloga me dijo que era apto para participar en el programa ambulatorio, acepte y al mes me llega una notificación de que me tenía que presentar en la oficina del centra, llego y me dicen que me tenía que internar en el albergue de Berriozábal o en algún otro albergue del centra era eso o recluirme en el canelo. Obviamente me enojé y le dije que en ningún momento me había negado a nada además que no era lo que me había dicho la psicóloga ese día que me entrevisto. Después de unos días me dijeron que me iban a dar el beneficio ambulatorio que firmara para que no me internaran y que con eso me iban a liberar para que no tuviera antecedentes penales, la condición venir seis meses a tratamiento.

10. ¿Cuánto tiempo lleva recibiendo tratamiento?

Llevo recibiendo tratamiento seis meses, pero se alargaron mis terapias porque al cuarto mes tuve algunas faltas, me cerraron carpeta pero después de justificar mis falta la volvieron abrir y como “castigo” podría decirse así, me dieron un mes mas de tratamiento, por lo que me falta un mes para que termine.

11. Podría platicarme un poco ¿Cómo son las terapias o sesiones que ofrece el centra y qué actividades realizan? Son platicas antes eran grupales, yo iba los miércoles y era un psicólogo con todos los beneficiarios, realizamos actividades como de visualizar los daños que hemos causado, escribir cartas a nuestros seres queridos, o de como nos sentimos en la semana, si tenemos algún problema o algo y ya los jueves eran individual, el te pregunta como te ha ido en la semana, si has consumido o como te sientes en relación al proceso que estas enfrentando.

12. ¿Cuántas audiencias de control de seguimiento ha tenido?

Llevo una audiencia ante el fiscal adjunto al CENTRA pero constantemente nos evalúan a través de encuestas, cuando entre tenía 7 y ahorita llevo 10, en cero consumo, en los exámenes de diagnósticos de que si volvería a consumir hasta ahorita voy bien.

13. ¿Cuántos exámenes toxicológicos le hicieron?

Actualmente llevo dos pero creo que ya en unas semanas me hacen otro

14. ¿Cuánto tiempo lleva sin consumir?

Seis meses

15. ¿Cómo se siente ahora? ¿Cómo se lleva ahora con su familia, en el trabajo, amigos, etc.? Muy bien, he ido recuperando la confianza con mis papás, a veces ya ni me preguntan a donde voy porque saben que ya no voy a volver a tomar, mi novia también esta súper contenta. --¿Consideras que has tenido una mejoría o avance? —si, sobre todo en el seno familiar y escolar. En la escuela ya no me fui a ningún extraordinario, empecé a trabajar, puse un negocio de quesos, así que ya no le pido mucho a mis papás.

16. ¿Cuál cree que serían las ventajas del programa de justicia terapéutica?

Creo que asistir a terapias con un psicólogo, nunca había ido a uno, por lo que platicar y expresarte con otra persona me ha ayudado bastante, sales de aquí más motivado para emprender nuevas cosas y liberado de la carga de toda la semana. También me ha ayudado a expresarme más con mi familia.

17. ¿Cuáles serían las desventajas u observaciones del programa?

Que tienes que venir de manera obligatoria, no puedes faltar porque sino te cierran carpeta o te alargan tu estancia en el programa. El tiempo esa seria la desventaja. Porque viéndolo como un “beneficio” si deberían de dar ese apoyo sabiendo que hay beneficiarios que tiene familia que no todo el día están dedicado a ellos mismos, es decir que tienen que ver por más gente que tienen responsabilidades y que muchas veces uno no puede faltar al trabajo, han habido muchas personas que le han cerrado carpeta por lo mismo.

18. ¿Has conocido a alguien que le han cerrado carpeta por no asistir? Si a varios de mi grupo entre 4 o 5 personas por faltas o porque han salido positivos en sus exámenes

toxicológicos, pero a la mayoría porque no le dan los tiempos ya que tienen que trabajar para mantener a su familia, he visto a mucha gente llorar aquí por lo mismo. Los tiempos, los horarios no son muy accesibles.

19. ¿Qué les dirías a otros posibles beneficiarios del programa? Que tengan paciencia, porque dejaras de hacer otras actividades que posiblemente ya tenias previstas, cancelarás compromisos por tener que venir acá, pero es algo que uno cometió y que debió de haber uno pensado antes de consumir, de haber manejado,

Es un beneficio porque te hace recapacitar que nuestros actos tienen consecuencias y que estas se pueden agravar más al consumir, tu crees que esta bien, pero en realidad no lo estas.

20. ¿Hay algo que quiera añadir?

Si, especialmente a los jóvenes. Antes pensaba que no me iba a pasar nada, sólo son unas cervezas, no pasa nada, pero si pasan, así que si toman no manejen porque no solo ponen en riesgo su vida sino también la de las demás personas.

Entrevista 3

1. Me podría platicar un poco sobre usted. ¿Cuándo nació, de donde es, donde estudio su estado civil, si tiene hijos y donde vive actualmente?

Soy Ángel "N", nací de en el municipio de Villaflores, Chiapas, tengo 25 años, y estudié la licenciatura en zootecnia administración en la Universidad Salazar, soy soltero y no tengo hijos. Actualmente vivo en Tuxtla Gutiérrez. Y me dedico hacer trabajos particulares.

2. ¿Cuándo y cómo empezó a consumir?

Comencé a consumir como a los 18 años, estaba en la universidad. Consumía en fiestas familiares y con amigos, puro alcohol.

3. ¿Sintió alguna vez que el uso de sustancias interfería en sus relaciones personales, con su familia, amigos, con su economía o era algo que bien o mal podría manejar?

Era una situación que bien o mal puedo y podía manejar, como soy foráneo si afectaba un poco en mi economía, pero uno aprende administrarse con el paso del tiempo. Igual a la hora de tomar uno va aprendiendo cual es su límite, por ejemplo, yo me siento mareado con unas 5 o 6 cervezas. En relación con mi familia y amigos nunca tuve problemas con ellos ni con nadie.

4. ¿Intento alguna vez dejar de consumir?

La verdad cuando uno no quiere consumir por más que insista amigos o familiares, uno no lo hace. No soy mucho de tomar, me considero un bebedor social, no tengo dependencia ni tampoco siento que sea esencial para pasarla bien en fiestas o convivios. No había tenido problemas antes, esta es la primera vez

5. ¿Cuándo y cómo llego aquí? ¿Por qué delito fue detenido?

Comencé en febrero por motivo de un accidente como el 20 o 24 de enero de 2019, en la carretera Chiapas de Corzo. Llegue aquí por motivo de accidente automovilístico, venia de regreso de la feria dentro de las diez y media y once de la noche, había tomado unas cervezas antes, pero no exageradamente, estábamos esperando un concierto pero como tenia que trabajar al otro día, ya no quise esperar, pasando lo que es el libramiento, por donde esta nestle, una señora iba manejando una camioneta pero como que se le apago de la nada y no alcance a frenar, no supe medir mi distancia, agregando que había grava en la carretera, derrape, apenas roce el carro, no fue un gran accidente pero si fue súper escandaloso. Con la señora nos íbamos arreglar pero ahí estaba el de tránsito y me llevaron a los separos de dicho municipio porque tenía aliento alcohólico, estuve 48 horas según iba a ser 72 pero como se hablo con la señora que se tenia que dar el perdón sólo estuve sábado y domingo, ya fue el lunes que se empezó a dar movimiento, se pagaron los daños, llegó un Ministerio Público de ahí de Chiapa de Corzo y me comunico que iba a llegar un licenciado a platicar conmigo para decirme que procedía pero no llego nadie, así que contrate a un abogado, saliendo firme un acta en el que me comprometía a asistir a unas terapias a las oficinas del Centra en Tuxtla.

6. ¿Cómo es que supo del programa de Justicia Terapéutica que ofrece las oficinas del centra? ¿Fue usted quien solicitó alguna medida alternativa de solución de conflicto? Supe del programa por el abogado que contraté, el MP le explicó a mi abogado y el me

dijo lo que tenia que firmar, la condición era recibir unas terapias por tres meses, pero al llegar acá me dijeron que eran cuatro y después que seis meses. En enero hice todo los tramites del vehículo, del corralón y todo, pagué los daños por el golpe al carro de la señora.

Lo que sino estuve de acuerdo es que me hicieron soplar obligatoriamente el aparatito ese de alcoholímetro como unas cinco veces y no le cambiaron el popote, no sabia como funcionaba ya después de investigar resulta que no era así como ellos lo aplicaron me pusieron 400 grados de alcohol, y dije: ni que tan ebrio hubiese ido porque sabia perfectamente lo que estaba pasando, si hubiese tenido esa cantidad no creo que recordara. El arresto fue tranquilo, no me golpearon ni nada, porque sabia que había chocado y todo, lo que si hice fue tratar de arreglarme con la señora, pero ellos no me dejaron, me dijeron que me subiera a la patrulla y me subí conscientemente sin refutar más, en la patrulla si me quitaron mi cartera, llevaba dinero ahí, y ya cuando llegue a los separos, me quitaron mi cinturón y me encerraron, cuando salí, pedi mi cartera resulta que no la habían entregado a las oficinas, que según no había entregado nada, como más o menos sabia quien era la persona que me había agarrado, me fui directamente a verlo a tránsito de Chiapa de Corzo, y que llegara a los dos días, hizo que checara en su camioneta para ver si no había quedado tirada dentro de la patrulla, la revise, estaba hasta bajo del sillón, sin dinero, mis tarjetas estaban bloqueadas, tenia una tarjeta de combustible por parte de mi trabajo igual estaba bloqueada, y ya ni como reclamar porque siempre le echan la culpa al que va con aliento a alcohol.

7. ¿Recuerdas más o menos como cuantas cervezas habías tomado? Fueron alrededor de cinco micheladas de litro y medio, pero entre 4 personas, por lo que no iba ebrio.

8. ¿Por qué aceptó recibir tratamiento? No me dieron opciones más que pagar y asistir a terapias. No estaba de acuerdo en venir, pero como esa era la condición ya ni modos. Simplemente me dijeron que era para que no tuviera antecedentes penales, me convenía así que acepte.

9. ¿Cuánto tiempo lleva recibiendo tratamiento?

Fue en febrero que comencé, como cinco meses.

10. ¿Cuántas sesiones a tenido?

Una por semana, una grupal y una individual, creo que unas 24 o 30.

11. Podría platicarme un poco ¿Cómo son las terapias o sesiones que ofrece el centra y qué actividades realizan?

En las terapias individuales estas con el psicólogo platicas de tu semana y refuerza lo que se habla en las terapias grupales, igual expresas en la situación en la que te encuentras como te hace sentir al respecto, te da consejo, te anima para que sigas sin consumir.

En las grupales, son temas como riesgos y peligros a los que te enfrentas por consumir alcohol u otra droga, también se tocan temas como el racismo son temas como de civismo para irte centrando sobre tu conducta. Y se hacen dinámicas. hay sesiones de ayuda mutua que son como sesiones de grupo de alcohólicos anónimos.

*¿Cuál consideras que es la base de las sesiones? La base es que personas que estamos en esta situación nos integremos a grupos para superar nuestro problema y salir adelante.

12. ¿Consideras que has tenido un avance sobre su consumo? Si, bueno hasta ahorita no he consumido nada de alcohol desde que ingrese al centra, pero no crea que consumía diario, era esporádico, una vez cada 15 días, ya que no tenia tiempo de estar saliendo por mi trabajo

13. ¿Cuántas audiencias de control de seguimiento ha tenido?

Hasta ahorita no he tenido ninguna audiencia para checar como voy o algo, ya es para que por lo menos llevara una, me dijeron que hasta julio pero ya paso y aquí sigo, cinco meses sin ninguna audiencia.

14. ¿Cuántos exámenes toxicológicos le hicieron?

Ninguno.

15. ¿Cuál cree que serían las ventajas del programa de justicia terapéutica?

Creo que las terapias individuales, me han ayudado mucho en cuestiones personales. Soy una persona súper tranquila, honesta, respetuosa, soy de carácter fuerte, pero se

controlar mis emociones, pero venia arrastrando ciertos conflictos y platicar con la psicóloga me han ayudado a aliviar esas asperezas que tenia con mis hermanos, pero no por culpa del alcohol sino por otras cuestiones. Ahora me llevo mucho mejor con mi familia.

Otra ventaja es que hoy en día vivimos en una sociedad tan perdida vemos a niños de 11, 12 años consumiendo no sólo alcohol sino también otras drogas, y este programa los ayuda mucho porque son personas que su autoestima esta hasta por los suelos, porque me he dado cuenta en las terapias grupales que hay chicos que si de plano no se quieren no se valoran, y pues poco a poco acá les van dando esa mentalidad de que como personas valemos mucho y que no pueden seguir echando a perder su vida.

* Y en las sesiones grupales que ha tenido y en la cual ha convivido con otros beneficiarios ¿Cuál es la sustancias que más prevalece? El alcohol, la segunda la cocaína, y la tercera los inhalables.

16. ¿Cuales serían las desventajas u observaciones del programa?

La verdad como las terapias es entre semana, hay personas que trabajan y no se pueden acoplar al horario y tienen que renunciar al trabajo para asistir aquí y la acumulación de inasistencia (tres faltas) puede causarte la expulsión del programa y continuar con tu proceso penal.

17. ¿Recomiendas el programa? ¿Qué les dirías a otros posibles beneficiarios del programa? Si. Es cierto que al principio llegas con una mentalidad de no saber nada, que onda con el programa, que va a pasar, de que se va a hablar, ya en la segunda sesión cuando te das cuenta de como va el asunto ya uno dice es una perdida de tiempo, pero conforme vas avanzando te das cuenta de los cambios positivos que puedes llegar a tener. Que les diría a otros posibles beneficiarios, que hay que venir con una mentalidad mejor y si Dios puso esto en tu camino es para algo bien y pues echarle ganas a las terapias, captar lo más importante de cada uno para ir viendo el avance o la mejora de la persona.

18. ¿Hay algo que quiera añadir?

No.

Entrevista 4

1. Me podría platicar un poco sobre usted. ¿Cuándo nació, de donde es, donde estudio su estado civil, si tiene hijos y donde vive actualmente?

Mi nombre es Carmen "N", nací en Pijijiapan, Chiapas, tengo 32 años de edad, no tengo estudios más que la primaria, actualmente soy madre soltera con cinco hijos y vivo en Tuxtla Gutiérrez desde los 14 años de edad, me dedico hacer aseo en casas. Me vine a vivir aquí en busca de mi mamá porque ya no aguantaba la situación con mi padre, era un hombre muy malo, tuve una infancia muy difícil. La estuve buscando por mucho tiempo hasta que di con ella, pero ya tiene otra familia y no quiso saber nada de mi. En el transcurso de ese tiempo conocí al papá de mis hijos, pero las cosas no resultaron del todo bien, era una persona muy violenta y hui por miedo, dejando a mis hijos, cuando regrese -sólo me fui un tiempo- no me permitía verlos pero como que se canso y me los termino dando a los cuatro meses, sólo a los más pequeños, no regrese con el pero si me mude a unas cuadras de la casa de donde vivía él y mi otro hijo. Después paso este problema de que me detuvieron y no he sabido nada de el desde hace tiempo.

2. ¿Cuándo y cómo empezó a consumir?

Yo no consumo, no me va a creer, pero jamás he consumido ni siquiera alcohol, ni cigarro ni nada

3. ¿Cuándo y cómo llego aquí? ¿Por qué delito fue detenida?

Estoy aquí por otro motivo, aparentemente me dieron esta oportunidad porque cuando me detuvieron en la casa de mi ex marido encontraron mota y me vincularon para el centra a recibir tratamiento, pero no soy consumidora. Le cuento. Cuando regrese hace como tres años para ver a mis hijos, él no me permitía verlos, así que me mude a unas cuadras de la casa donde anteriormente vivía, poco a poco me fui acercando otra vez a mis niños, el más grande tiene 19 años y el más pequeño 9 años, al final me los termino dando porque no podía con ellos, no pudo con la responsabilidad, así que se fueron a vivir conmigo nuevamente hace como 6 meses excepto el más grande. Ese día que me detuvieron porque fui a ver a mi hijo aprovechando que mi ex marido no estaba, al llegar no había nadie en casa, mi hijo estaba en el trabajo y me dijo que lo esperara a dentro,

así que entre y vi su cuarto muy sucio, arregle la cocina, su cuarto y compuse un poco, estaba lavando la ropa de mi hijo cuando entro la policía y me dijo que no me moviera que iban a revisar la casa disque llevaban una orden, yo les dije que estaba bien como yo no vivía ahí pues a mi que, empezaron a registrar toda la casa y en los cuartos que daba rentado mi ex marido encontraron mota, en ese momento me subieron a la patrulla, al llegar a los separos me dijeron que les habían dicho que en esa casa se vendía droga, que les dijera quienes vivían ahí, a quien le pertenecía la droga, o sino que me iba a cargar, yo les dije la verdad que no conocía a los inquilinos de los demás cuartos, que sólo había llegado a ver a mi hijo y que la casa era de mi ex marido. Pero no me creyeron. Me trate de comunicar con el padre de mis hijos para que les dijera que yo nada que ver, pero no me respondió es más no lo he vuelto a ver desde entonces. Estuve detenida unas horas, me hicieron un montón de preguntas, para las dos de la tarde ya estaba libre, no pague nada, ni llame a nadie. No se que paso pero como al mes me lleo una notificación que iba hacer mi primera audiencia con el juez, me dijo el motivo por el que me detuvieron que fue por el delito de daños a la salud en su modalidad de tráfico de sustancia y que mi condena correspondía a dos o tres años de prisión --no recuerdo bien— pero el abogado de oficio solicito al juez para que mediera otra opción como recibir tratamiento por parte del centra, no estaba de acuerdo porque no soy consumidora pero era eso o que me encerraran así que acepte. Me expidieron un papel para que me presentara a la coordinación del Centra. También me dijeron que tenia que estar yendo a firmar a la Umeca cada 15 días luego cada mes, me daban chance por mi trabajo, ya que a veces se cruzaban los horarios.

4. ¿Tuvo algún abogado de oficio durante el proceso?

Si, de hecho, fue por el que me dieron esta oportunidad, porque imagínese estar de 2 a 3 años en la cárcel por algo que no hice, mejor recibir tratamiento ambulatorio por 4 meses, estando libre para trabajar y ver a mis hijos, aunque al final se terminara alargando a 6 meses por las faltas que tuve. La verdad, fueron meses muy difíciles.

5. ¿Cuánto tiempo lleva recibiendo tratamiento?

Seis meses, hoy fue mi audiencia de graduación.

6. ¿Cuántas sesiones a tenido?

46 sesiones en total. Cuatro meses con terapias individuales con la psicóloga y nueve sesiones de ayuda mutua.

7. Podría platicarme un poco ¿Cómo son las terapias o sesiones que ofrece el centra y qué actividades realizan?

Las terapias individuales son con la psicóloga siempre que llegaba me preguntaba como me sentía, que le platicara como había estado mi semana, si ya había conseguido un nuevo empleo, como me estaba llevando con mis hijos, si sabia algo de mi ex marido y sobre otras cosas de mi infancia. En cada sesión con ella me ponía a llorar porque no fue justo que me detuvieran y que este pagando por algo que no hice, tenia mucho miedo que al final me dijeran que me tenían que encerrar porque no habían encontrado a las otras personas que vivían en la casa de ex marido. Yo no sabia que se vendía droga si hubiera sabido no hubiera permitido que registraran la casa. Todo eso le platicaba a la psicóloga. -¿y que le decía con respecto a esa situación? – que aguantara que siguiera asistiendo a las terapias que no fuera a faltar, que a veces son situaciones que nos pasan y que debemos aprender a lidiar y que si sabia algo de mi ex marido diera aviso a la policía.

8. ¿Cuántas audiencias de control de seguimiento ha tenido y como fueron?

Tuve dos audiencias, una de seguimiento y una de graduación. En la primera me dijeron que no estuviera faltando que continuara asistiendo que llegara puntual para que pudiera concluir mi tratamiento y no tuviera antecedentes penales. Y en la segunda fue la de graduación me felicitaron por a ver concluido el tratamiento con éxito, que me mantuviera alejada de las personas que puedan ser un factor de riesgo para mi, que practicara deporte y que si quería seguir asistiendo a terapia las puertas del centra están abiertas para mi.

9. ¿Cuántos exámenes toxicológicos le hicieron?

Sólo uno

10. ¿Cómo se siente ahora? ¿Cómo se lleva ahora con su familia, en el trabajo, amigos, etc.? ¿Consideras que has tenido una mejoría o avance?

Me siento bien, tranquila porque ya terminé el tratamiento y no fui a la cárcel. Que si he tenido alguna mejoría creo que si, pero en relación a como me veo ahora y como me siento ahora.

11. ¿Cuál cree que serían las ventajas del Programa de Justicia Terapéutica?

Creo que las terapias individuales, la verdad sentí que me ayudaron mucho sobre todos en los aspectos personales de mi infancia. Llevar tratamiento en vez de ir a la cárcel.

12. ¿Cuales serían las desventajas u observaciones del programa?

Los horarios a veces se me complicaban un poco porque tenia que salir corriendo de una casa a otra, luego ir a darle de comer a mis hijos y con la misma salir porque las terapias eran a las seis de la tarde.

13. ¿Recomiendas el programa? ¿Qué les dirías a otros posibles beneficiarios del programa? Pues si, al principio no quería venir porque no le veía el caso porque no soy consumidora, agregando que no sabia de que se trataba el programa, pues no me explicaron, pero ayuda a mucho no solo si tienes un problema de drogas sino también en el ámbito personal, te hace ver las cosas y te escuchan.

14. ¿Hay algo que quiera añadir?

No

Entrevista 5

1. Me podría platicar un poco sobre usted. ¿Cuándo nació, de donde es, donde estudio, su estado civil, si tiene hijos y donde vive actualmente?

Mi nombre es Carlos "N", soy originario de Tuxtla Gutiérrez y radico acá, tengo 33 años edad, estudie la licenciatura en derecho más no me titule y tengo dos hijos.

2. ¿Cuándo y cómo llego aquí? ¿Por qué delito fue detenido?

Al programa del centra llegue un 04 de abril de 2019 por orden del Juez. Fui detenido el 01 de abril, por el delito de violencia familiar, las cosas se salieron de control con mi ex mujer, ella llamo a la policía por el escandalo que estaba haciendo en la calle, me

detuvieron 48 horas y después me pusieron a disposición del juez, el cual me dio la oportunidad de recibir tratamiento ya que al momento de mi detención iba bajo el influjo del alcohol.

3. ¿Cuándo y cómo empezó a consumir?

Empecé a consumir alcohol a los 18 años, aunque ya había lo aprobado en la prepa pero fue en la época de la universidad que consumía más, mi consumo no era a diario sino esporádicamente ya que saliendo de la carrera empecé a trabajar de un lugar a otro, antes trabajaba en el municipio pero pues la cosas no resultaron y termine trabajando en la concesión de combis de aquí como chofer, llevo 10 meses.

3. ¿Cómo era el contexto social en el que consumía?

Siempre con amigos del trabajo o con la familia, pero no era seguido porque no hay dinero que alcance además que me tenía que levantar temprano para ir a trabajar.

4. ¿Sintió alguna vez que el uso de sustancias interfería en sus relaciones personales, con su familia, amigos, con su economía o era algo que bien o mal podría manejar?

No afectaba mucho en mi economía pues no salía mucho de fiesta o a reuniones y cuando lo hacia pues no gastaba mucho sólo era para convivir y no al extremo de quedar borracho. El problema con mi ex mujer se presentaron por otras cosas no porque tomara y le pegara sino por problemas de celos que veníamos ambos arrastrando de hace tiempo. Nunca le pegue estando borracho o que la empujara o la tratara mal, de hecho, cuando me detuvieron ella y yo ya no estábamos juntos desde hace como un año. Yo quería ver a mi hijo y ella no lo permitía, nunca me cogía mis llamadas, pero si quería que le pasara pensión. Y pues en una de mis salidas con mi hermano ya muy tomado la fui a ver para hablar con ella, pero la cosa se salió de control, ella empezó a gritar que yo la había engañado, que ya estaba cansada, que era un flojo, un mediocre, que reclamaba con ver a mis hijos pero que no le daba suficiente dinero para darles de comer, un montón de cosas, me calenté y le pues la bofeteé, me sentí súper mal, ella se metió a la casa y me dejo a fuera, para eso era como las 2 y tanto de la mañana, luego llego la patrulla y me levanto.

5. ¿Intento alguna vez dejar de consumir?

No, porque no lo hacia seguido.

6. ¿Cómo era su relación con su familia? ¿lo/la apoyaban?

Siempre he recibido el apoyo de mi madre y de mi hermano

7. ¿Estuvo en algún centro de tratamiento o grupo de ayuda antes?

No, esta es la primera vez.

8. ¿Cómo es que supo del programa de Justicia Terapéutica que ofrece las oficinas del centra? ¿Fue usted quien solicitó alguna medida alternativa de solución de conflicto?

El abogado de oficio me dijo que podía solicitar una salida alterna ante el Juez que por la condición en la que iba era viable a recibir tratamiento de prevención de adicciones y que si este aceptaba pues seria beneficiario del programa centra, pero que sino pues corría el riesgo de ir a la cárcel de 3 años, porque no sólo alegaba que le había pegado sino que durante los cuatro años que estuvimos juntos la había maltratado psicológicamente y también físicamente, lo cual no es cierto.

9. ¿Por qué aceptó recibir tratamiento?

El juez aceptó y pues yo no tuve de otra, pues me explicaron que al ser beneficiario del programa centra podía quedar sin antecedente penales y no ir a la cárcel.

10. Le explicaron en que consistía el programa

Pues el juez dio la orden y al otro día me presente, la licenciada que me atendió me dijo que escogiera los horarios en los que podría venir, que era obligatoria la asistencia sin pretexto, ya que al faltar me podrían cerrar carpeta y continuar con el proceso sin que me dieran otra oportunidad, también me dijeron que serian durante 4 meses lo cual fue mentira porque voy para el sexto mes.

11. ¿Cuánto tiempo lleva recibiendo tratamiento?

Llevo 5 meses asistiendo a terapias los días viernes y sábados.

12. ¿Cuántas sesiones a tenido?

Llevo como 35 sesiones divididas en terapias individuales y de ayuda mutua

13. Podría platicarme un poco ¿Cómo son las terapias o sesiones que ofrece el centro y qué actividades realizan?

Casi todas las terapias son iguales los viernes recibo terapias individuales, la psicóloga me pregunta como estuvo mi semana, como me estoy llevando con mi familia, como me he sentido últimamente, que si he consumido y otras cosas. Ya las terapias grupales son otra cosa, nos ponen actividades de como prevenir el consumo y si consumimos evitar ciertas conductas por ejemplo manejar o en mi caso, evitar pleitos, también saber identificar cuales serian esos factores de riesgos que nos llevan a consumir como ciertos tipos de personas, a veces llegan el grupo de doble AA nos cuentan sus experiencias, llevamos clases como de civismo y de unión familiar, por otro lado nos hacen reflexionar nuestras acciones y porque hemos llegado acá, muchas cosas.

14. ¿Cuántas audiencias de control de seguimiento ha tenido?

Dentro del programa es mi primera audiencia ante el juez para ver como voy con el tratamiento, pero también asisto a la UMECA a firmar, los primeros 3 meses cada 15 días luego ya cada mes.

15. ¿Cuántos exámenes toxicológicos le hicieron?

Uno, fue el 29 de junio, salí limpio.

16. ¿Cuánto tiempo lleva sin consumir?

Desde que comencé el programa, cinco meses.

17. ¿Cómo se siente ahora? ¿Cómo se lleva ahora con su familia, en el trabajo, amigos, etc.? ¿Consideras que has tenido una mejoría o avance?

Mejoría en cuanto al consumo de alcohol pues no porque de por si no tomaba tanto, en cuanto a la relación con mi mamá y mi hermano y sus hijos siempre he estado bien, tengo buena comunicación con ellos, en el trabajo pues evito salir con mis antiguas amistades por cualquier cosa, y pues con mi ex mujer después de este problema no he tenido comunicación con ella.

18. ¿Cuál cree que serían las ventajas del programa de justicia terapéutica?

Que no quedas con antecedentes penales, que no vas a prisión, las terapias individuales.

19. ¿Cuáles serían las desventajas u observaciones del programa?

Que no te explican cuando aceptas recibir tratamiento en que va a consistir, llegas como la expectativa de que va a pasar, luego sabes que son puras platicas a veces sin sentido porque en mi caso yo no soy un borracho, pero tampoco son tan malas, los horarios, pero pues mi caso no aplicaba, pero si veía que para algunas personas si se les complicaba, las faltas seria otro problema, con tres te pueden correr del programa al menos que justifiques bien. Y otra observación en que te dicen primero que van hacer cuatro meses y ya en el transcurso del curso te dicen que son seis.

20. Desde tu experiencia en el programa ¿Cuál es la sustancia por la que más personas asisten al programa? Por alcohol la mayoría esta aquí por el delito de ataques a las vías de comunicación y la segunda la cocaína.

21. ¿Recomiendas el programa? ¿Qué les dirías a otros posibles beneficiarios del programa?

Lo recomendaría para todas aquellas personas que realmente tienen algún problema de adicciones porque he visto sobre todo en los jóvenes que, si han tenido una mejoría, les dan animo les ayuda en su autoestima. Y pues en mi caso y para todos aquellos que no somos adictos pues que es una ventaja porque si culminas y te acatas a lo que te manda el Juez quedas sin antecedentes penales y no vas a prisión.

22. ¿Hay algo que quiera añadir?

No.

Entrevista 6

Participante en tratamiento residencial centra de Tapachula, Chiapas.

1. Me podría platicar un poco sobre usted. ¿Cuándo nació, de donde es, donde estudio, su estado civil, si tiene hijos y donde vive actualmente?

Mi nombre es Mauricio "N", nací en la ciudad de Tapachula, Chiapas, tengo 22 años, soy panadero y tengo dos niñas.

2. ¿Cuándo y cómo empezó a consumir?

La primera droga que probé fue el cigarro, tenía nueve años edad y el consumo se hizo gradual, a los doce años probé el alcohol, pero no muy me llamo la atención hasta preparatoria, que fue en esa época donde consumía más seguido. Al terminar el bachillerato, comencé a estudiar la carrera de radiología, pero la abandone porque empecé a trabajar en una panadería y me gusto ganar dinero así que se me hizo fácil dejarla, luego me junte y pues volver a estudiar ya no era una opción sino trabajar. Trabaje en Chedraui y en otra fabrica donde levantaba cosas y cajas pesadas. Para ese entonces ya había probado la maría y la consumía casi todos los días.

3. ¿Cómo era el contexto social en el que consumía?

Al principio era con amigos cuando iba de fiesta ya luego era porque me gustaba sentir la sensación de estar libre, consumía en casa, a veces en el cambio de turno del trabajo.

4. ¿Sintió alguna vez que el uso de sustancias interfería en sus relaciones personales, con su familia, amigos, con su economía o era algo que bien o mal podría manejar?

Si, tuve trabajos buenos, pero me terminaron corriendo porque faltaba mucho debido a que consumía. De igual forma, el consumo influyó en mi relación familiar, mi mamá me corrió de la casa, mi pareja me termino dejando y llevándose a mis hijas. Tuve muchos problemas con ella por lo mismo, ya en los dos últimos años consumía diario, tomaba y fumaba marihuana y en algunas ocasiones piedra.

5. ¿Intento alguna vez dejar de consumir?

Una vez, pero no tarde ni una semana.

6. ¿Estuvo en algún centro de tratamiento o grupo de ayuda antes?

No, hasta ahorita.

7. ¿Cuándo y cómo llego aquí? ¿Por qué delito fue detenido?

Me detuvieron un 10 de mayo, iba saliendo del antro junto con un amigo, recuerdo que iba tomado y vimos una motocicleta muy padre estacionada a las afueras del local, nos acercamos, nos subimos, nos tomamos fotos y al final la intentamos mover, en eso apareció la patrulla y nos empezó a perseguir, nos separamos para despistar, pero solo a mi me alcanzaron. Me llevaron al sectorial y me interrogaron, querían saber de donde

había sacado la marihuana que llevaba y que pensaba hacer con ella, le dije que era para consumo, pero no me creyeron, luego me preguntaron por mi amigo, pero no dije nada. Estuve en los separos 48 hr., después de eso me presentaron ante el fiscal del ministerio público, el cual me ofreció un trato, estar internado en un centro de rehabilitación durante tres meses o ir a la cárcel ya que según mi condena era de 8 años por el delito de posesión, fue curioso porque cuando me detuvieron llevaba 2 gramos de maría no pensé que la pena seria tan grande pero al firmar el acta decía que traía conmigo medio kilo de marihuana, por eso acepte el tratamiento pues no quería ir a prisión. Llegue aquí a los dos días, un 12 de mayo.

8. ¿Cómo es que supo del programa de Justicia Terapéutica que ofrece las oficinas del centra? ¿Fue usted quien solicitó alguna medida alternativa de solución de conflicto?

Fue todo muy rápido el fiscal me ofreció el trato platicó con mi mamá y fue ella quien me termino convenciendo que aceptara pues iba a quedar sin antecedentes penales.

9. ¿Cuánto tiempo lleva recibiendo tratamiento?

Llevo tres meses encerrado ya el domingo salgo sin embargo tendré que estar viniendo a platicas grupales e individuales.

10. ¿Ha tenido alguna audiencia de control de seguimiento ante el fiscal o juez?

No. Aunque en cada reunión o actividad puedes ir acumulando puntos como de buena conducta.

11. ¿Para que sirven los puntos de buena conducta?

Puedes elegir la actividad grupal que quieras hacer, te permiten ver la tele o escoger la película. Sino quieres participar en las actividades te restan puntos más no te castigan, al menos que no hagas tus tareas que te asignan por ejemplo tender tu cama o apoyar en cocina o algo si no lo haces te regañan y te ponen más tareas.

12. ¿Cómo es un día aquí, ¿cómo son las terapias o sesiones que ofrece el centra y qué actividades realizan?

Un día normal aquí es levantarse temprano a las 6 de la mañana tender tu cama, arreglarte para bajar a desayunar, asistir a una reunión grupal, realizar las tareas que te

asignan para el mantenimiento de las instalaciones. Hay actividades de relajación, de ayuda mutua, talleres de civismo y valores, de prevención de consumo de sustancias, puedes practicar deportes o ir al gimnasio que esta al fondo, puedes tomar clases de baile y los domingos puedes recibir visitas. Por otro lado, cuando uno se siente estresado o ansioso podemos acudir con el psicólogo que siempre está a la hora que lo necesites o con el médico para que nos den alguna pastilla -no se de que tipo-.

13. ¿Cómo se siente ahora? ¿Consideras que has tenido una mejoría o avance?

Hasta ahorita me siento bien, aunque considero que todavía me falta, necesito trabajar en mis emociones y en mi carácter, ya quiero salir, pero al mismo tiempo tengo miedo porque, aunque mi familia (mi mamá) me apoya tengo miedo de volver a echarlo a perder sobre todo con mi ex mujer, me traía a las niñas, pero no se si con ella pueda estar bien.

14. ¿Cuál cree que serían las ventajas del programa de justicia terapéutica?

La primera es que involucran a tu familia, como que hay una reconstrucción del núcleo familiar, que sales con proyectos o metas nuevas, por ejemplo, cuando salga quiero poner una panadería y más adelante empezar hacer pasteles, también que no fui a prisión y que no voy a quedar con antecedentes penales, así podre conseguir un empleo de medio tiempo.

15. ¿Cuáles serían las desventajas u observaciones del programa?

Hasta ahorita no creo que tenga. El personal nos trata bien, las comidas son buenas, las actividades y talleres son agradables.

16. Durante el tiempo que lleva en las instalaciones del centra ¿ha visto que expulsaran a alguien del programa o que lo dieran de baja?

Si, cuando muy llegue a la tercera semana para ser preciso expulsaron a un chico, pero fue porque le encontraron una bolsita de cocaína.

17. Desde su perspectiva como beneficiario del programa ¿Cuál es la sustancia más consumida por sus compañeros? La cocaína, el cristal y la metanfetamina.

18. ¿Recomiendas el programa? ¿Qué les dirías a otros posibles beneficiarios del programa?

Si lo recomiendo bueno al menos a mi siento que me a ayudado. No puedo decirles algo para ayudarlos o apoyarlos porque uno tiene primero que aceptar que esta mal, que somos responsables de todo lo que hemos hecho, que nuestras acciones como el consumo nos llevaron a realizar cosas feas.

19. ¿Hay algo que quiera añadir? No.

Anexo 4



FISCALÍA
GENERAL DEL ESTADO
GOBIERNO DE CHIAPAS

Coordinación de Asesores del C. Fiscal General Unidad de Transparencia

Solicitud con folio: 500719

Solicitante: Nelly Paola Ríos Escobar

Fecha de presentación: 13 de junio de 2019
Tuxtla Gutiérrez, Chiapas; a 08 de julio de 2019

Nelly Paola Ríos Escobar
Solicitante

En relación a la solicitud de acceso a la información pública, cuyos datos se citan al rubro, se tiene a bien emitir el siguiente: -----

ACUERDO DE RESOLUCIÓN:

V I S T O para resolver la solicitud de acceso a la información pública presentada por **Nelly Paola Ríos Escobar**, a través de la **PLATAFORMA NACIONAL DE TRANSPARENCIA-CHIAPAS**, ante la Unidad de Transparencia de la Fiscalía General del Estado, mediante la cual solicita conocer: **"La solicitud de Información requerida va enfocada en conocer datos estadísticos de la realidad sobre las detenciones y procesos que se han llevado a cabo por motivo de una relación de droga y delito en el estado de Chiapas y sus distintas entidades municipales. Así como conocer principalmente las acciones y resultados implementados por la coordinación del centro para la prevención y tratamiento de las adicciones y los programas de justicia terapéutica."**; así, con fundamento en los artículos 6º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 3 y 5 de la Constitución Política del Estado de Chiapas; 56, 57, 58 y 59 de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Chiapas, se admite a trámite la presente solicitud y se registra el **folio 500719**, formándose el expediente administrativo interno número **319/2019**. Previo estudio de la solicitud del caso que nos ocupa, y -----

R E S U L T A N D O

PRIMERO. La Unidad de Transparencia de la Fiscalía General del Estado, recibió a través de la **PLATAFORMA NACIONAL DE TRANSPARENCIA-CHIAPAS**, la solicitud con **folio 500719**, el **13 de junio de 2019**, formulada por **Nelly Paola Ríos Escobar**; y para efecto del cómputo del plazo establecido en el artículo 141 de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Chiapas, se tiene por recibida la solicitud que nos ocupa el día **14 de junio de 2019**, tal y como quedó establecido en el acuse de recibo correspondiente, emitido por el Sistema antes mencionado. -----

1
FOLIO 500719



Coordinación de Asesores del C. Fiscal General Unidad de Transparencia

SEGUNDO. De conformidad por lo dispuesto en el artículo 147 de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Chiapas, la Unidad de Transparencia de esta Institución, recibió y dio trámite a la solicitud que nos ocupa, turnándola a la **Coordinación Centra y Dirección de Tecnologías de la Información y Estadística** de la Fiscalía General del Estado, áreas que se consideraron podían contar con la información solicitada.-

TERCERO. Así, los enlaces de las referidas áreas, dieron respuesta sobre la información solicitada. -----

CONSIDERANDO

I. Que esta Unidad de Transparencia, en términos de lo previsto por los artículos 56, 57, 58 y 59 de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Chiapas, está facultada para resolver la solicitud de acceso a la información pública presentada por **Nelly Paola Ríos Escobar**; en los términos que a continuación se expresan: -----

II. Que una vez examinada la fecha de presentación de la solicitud de mérito, se desprende que la misma se encuentra dentro del plazo legal para resolverse, conforme al término establecido en el numeral 141 de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Chiapas. -----

III. Que analizada la información que se solicita y habiendo recibido las respuestas de las áreas competentes esta Unidad de Transparencia le proporciona la información tal y como se tiene disponible en los términos siguientes:

1. Número de mujeres y hombres que han sido arrestadas (os) por delitos de drogas a nivel estatal y desglosados por municipio en 2016, 2017, 2018 y 2019 (del 1 de enero al 12 de junio). No se cuenta con la información en los términos requeridos.

2. Número de mujeres y hombres que han sido procesadas y sentenciadas por delitos de drogas a nivel estatal y desglosados por municipio, en 2016, 2017, 2018 y 2019 (del 1 de enero al 12 de junio). No se cuenta con la información en los términos requeridos.



3. Número de mujeres y hombres que han sido arrestadas por posesión simple a nivel estatal y desglosados por municipio en 2016, 2017, 2018, 2019 (del 1 de enero al 12 de junio). No se cuenta con la información en los términos requeridos.

4. Número de mujeres y hombres que han sido procesadas y sentenciadas por posesión simple a nivel estatal y desglosados por municipio en 2016, 2017, 2018, 2019 (del 1 de enero al 12 de junio). No se cuenta con la información en los términos requeridos.

5. Número de mujeres y hombres que han sido arrestadas por narcomenudeo a nivel estatal y desglosados por municipio en 2016, 2017, 2018 y 2019 (del 1 de enero al 12 de junio).

Municipios	2016	2017	2018	2019 (1 de Ene - 31 May)
Tapachula	77	170	184	64
Tuxtla Gutiérrez	149	121	155	64
San Cristóbal De Las Casas	29	28	17	4
Reforma	17	13	25	17
Palenque	19	22	16	10
Huixtla	4	7	44	8
Cintalapa	6	9	12	14
Tonalá	14	3	15	3
Villaflores	0	3	12	20
Chiapa De Corzo	6	10	12	5
Ocozacoautla De Espinosa	3	6	16	1
Comitán De Domínguez	11	10	1	2
Suchiate	2	9	10	2
Arriaga	5	5	9	1
Pijijiapan	5	3	2	7
El Resto de municipios	57	60	81	45

Genero	2016	2017	2018	2019 (1 de Ene - 31 May)
Hombres	373	453	579	253
Mujeres	31	26	32	14



6. Número de mujeres y hombres que han sido procesadas y sentenciadas por narcomenudeo a nivel estatal y desglosados por municipio en 2016, 2017, 2018 y 2019 (del 1 de enero al 12 de junio).

Municipios	2016	2017	2018	2019 (1 de Ene - 31 de May)
Tuxtla Gutiérrez	83	27	21	28
Tapachula	22	13	3	4
Tonalá	19	3	2	0
Huixtla	15	3	1	0
Catazajá	15	1	1	1
Arriaga	0	3	1	10
Comitán de Domínguez	5	7	0	0
Palenque	1	6	2	0
Ocozacoautla de Espinosa	0	0	0	5
Motozintla	7	0	0	0
Pichucalco	3	1	0	2
Reforma	0	6	0	0
Chiapa de Corzo	3	0	1	2
Benemérito de las Américas	1	5	0	0
Villaflores	0	2	0	3
El Resto de municipios	21	10	7	1

Genero	2016	2017	2018	2019 (1 de Ene - 31 May)
Hombres	179	84	39	50
Mujeres	16	3	0	6

7. Número de mujeres y hombres que han sido arrestadas por consumo de drogas a nivel estatal y desglosados por municipio en 2016, 2017, 2018 y 2019 (del 1 de enero al 12 de junio). No se cuenta con la información en los términos requeridos.

8. Número de mujeres y hombres que han sido arrestadas por narcotráfico a nivel estatal y desglosados por municipio en 2016, 2017, 2018 y 2019 (del 1 de enero al 12 de junio). No se cuenta con la información en los términos requeridos.

9. Número de mujeres y hombres que han sido arrestadas por delitos cometidos bajo el influjo de alcohol a nivel estatal y desglosados por municipio en 2016, 2017, 2018 y 2019 (del 1 de enero al 12 de junio). No se cuenta con la información en los términos requeridos.



10. Lista de delitos cometidos bajos los efectos de alcohol a nivel estatal y desglosados por municipio en 2016, 2017, 2018 y 2019 (del 1 de enero al 12 de junio) No se cuenta con la información.

11. Número de mujeres y hombres que han sido arrestadas por delitos cometidos bajo el influjo de alguna droga ilícita a nivel estatal y desglosados por municipio en 2016, 2017, 2018 y 2019 (del 1 de enero al 12 de junio). No se cuenta con la información en los términos requeridos.

12. Lista de delitos más comunes cometidos bajos los influjos de alguna droga ilícita por lo que las personas han sido detenidos tanto a nivel estatal desglosados por municipio en 2016, 2017, 2018 y 2019 (del 1 de enero al 12 de junio). No se cuenta con la información

13. Número de mujeres y hombres que han solicitado alguna salida alterna de solución de conflicto por delitos relacionados con drogas a nivel estatal y desglosados por municipio en 2016, 2017, 2018 y 2019 (del 1 de enero al 12 de junio). No se cuenta con la información.

14. Número de mujeres y hombres que han solicitado la suspensión condicional de proceso por delitos relacionados con drogas a nivel estatal y desglosados por municipio en 2016, 2017, 2018 y 2019 (del 1 de enero al 12 de junio).

COORDINACION CENTRA	MUJER	HOMBRE
2016	3	61
2017	0	22
2018	1	14
2019	1	2

TAPACHULA	MUJER	HOMBRE
2016	0	6
2017	0	1
2018	0	4
2019	0	0

PICHUCALCO	MUJER	HOMBRE
2016	0	4
2017	0	1
2018	0	
2019	0	1

COMITAN	MUJER	HOMBRE
2016	0	0
2017	0	2
2018	0	2
2019	0	0



**Coordinación de Asesores del C. Fiscal General
Unidad de Transparencia**

SEDE SAN CRISTOBAL DE LAS CASAS	MUJER	HOMBRE
2016	0	0
2017	0	5
2018	0	0
2019	0	0

15. Número de mujeres y hombres a las que se le han aplicado criterios de oportunidad por delitos relacionados con drogas a nivel estatal y desglosados por municipio en 2016, 2017, 2018 y 2019 (del 1 de enero al 12 de junio).

COORDINACION CENTRA	MUJER	HOMBRE
2016	1	45
2017	11	114
2018	10	75
2019	0	0

TONALA	MUJER	HOMBRE
2016	0	0
2017	0	1
2018	0	1
2019	0	0

PICHUALCO	MUJER	HOMBRE
2016	0	8
2017	1	10
2018	0	7
2019	0	0

TAPACHULA	MUJER	HOMBRE
2016	1	27
2017	0	18
2018	0	31
2019	0	0

COMITAN	MUJER	HOMBRE
2016	1	9
2017	0	43
2018	0	60
2019	0	0

SEDE SAN CRISTOBAL DE LAS CASAS	MUJER	HOMBRE
2016	0	0
2017	0	10
2018	0	17
2019	0	0



16. Número de procesos judiciales o casos que han sido remitidos a los programas de tratamiento de adicciones como condición de la suspensión condicional de proceso a nivel estatal y desglosados por municipio en 2016, 2017, 2018 y 2019 (del 1 de enero al 12 de junio). Cabe hacer la aclaración que tanto la solicitud **No.-16** y **No.-14**, comparten la misma respuesta, toda vez que el mismo número de "Mujeres y Hombres que han solicitado la Suspensión Condicional del Proceso, por delitos relacionados con drogas a nivel estatal", al mismo tiempo corresponde al "Número de Procesos Judiciales o casos que han sido remitidos a los Programas de Tratamiento de Adicciones como condición de la Suspensión Condicional del Proceso.

17. Número de procesos judiciales o casos que han sido remitidos a los programas de justicia terapéutica en aplicación de un criterio de oportunidad en 2016, 2017, 2018 y 2019 (del 1 de enero al 12 de junio).

COORDINACION CENTRA	MUJER	HOMBRE
2016	2	46
2017	11	127
2018	10	111
2019	7	37

TONALA	MUJER	HOMBRE
2016	0	1
2017	0	1
2018	0	2
2019	0	0

PICHUCALCO	MUJER	HOMBRE
2016	0	10
2017	1	10
2018	1	12
2019	1	8

TAPACHULA	MUJER	HOMBRE
2016	2	37
2017	1	27
2018	2	48
2019	0	15

COMITAN	MUJER	HOMBRE
2016	1	11
2017	1	55
2018	1	74
2019	1	11

SEDE SAN CRISTOBAL DE LAS CASAS	MUJER	HOMBRE	TOTAL
2016	0	4	4
2017	0	13	13
2018	3	24	27
2019	0	6	6



18. Lista de delitos por lo que los sujetos han sido remitidos a los programas de justicia terapéutica a nivel estatal y desglosados por municipio en 2016, 2017, 2018 y 2019 (del 1 de enero al 12 de junio).

COORDINACION CENTRA	ATAQUES A LAS VIAS DE COMUNICACION	CONTRA LA SALUD	ROBO	DAÑOS
2016	46	2	0	0
2017	134	4	0	0
2018	115	6	0	0
2019	43	1	0	0

TONALA	ATAQUES A LAS VIAS DE COMUNICACION	CONTRA LA SALUD	ROBO	DAÑOS
2016	0	1	0	0
2017	1	0	0	0
2018	0	2	0	0
2019	0	0	0	0

PICHUCALCO	ATAQUES A LAS VIAS DE COMUNICACION	CONTRA LA SALUD	LESIONES	DAÑOS
2016	5	3	1	1
2017	10	1	0	0
2018	9	4	0	0
2019	9	0	0	0

TAPACHULA	ATAQUES A LAS VIAS DE COMUNICACION	CONTRA LA SALUD	ROBO	DAÑOS
2016	32	6	1	0
2017	20	8	0	0
2018	35	14	0	1
2019	8	7	0	0



COMITAN	ATAQUES A LAS VIAS DE COMUNICACION	CONTRA LA SALUD	ROBO	DAÑOS
2016	12	0	0	0
2017	54	2	0	0
2018	68	7	0	0
2019	12	0	0	0

SEDE SAN CRITOBAL DE LAS CASAS	ATAQUES A LAS VIAS DE COMUNICACION	RESISTENCIA DE PARTICULARES	ROBO	DAÑOS
2016	4	0	0	0
2017	13	0	0	0
2018	26	1	0	0
2019	6	0	0	0

19. Número de mujeres y hombres que han sido beneficiados (as) por los programas de justicia terapéutica a nivel estatal y desglosados por municipio en 2016, 2017, 2018 y 2019 (del 1 de enero al 12 de junio). Cabe hacer la aclaración que tanto la solicitud **No.-19** y **No.-17**, comparten la misma respuesta, toda vez que el mismo número de "procesos o casos, que han sido remitidos al Programa de Justicia Terapéutica en aplicación de un Criterio de Oportunidad" (pregunta **No.-17**), al mismo tiempo son los hombres y mujeres que han sido beneficiados (as), por el Programa de Justicia Terapéutica (pregunta **No.-19**).

20. Número de mujeres y hombres no admitidos (as) al programa de justicia terapéutica a nivel estatal y desglosados por municipio en 2016, 2017, 2018 y 2019 (del 1 de enero al 12 de junio). Todas las personas que son canalizadas por la comisión de un Delito No Grave por el Ministerio Público bajo la condición de Aplicación del Criterio de Oportunidad y/o por el Juez de Control bajo la figura de la Suspensión Condicional del Proceso, son admitidas al Programa de Justicia Terapéutica.

21. Número de mujeres y hombres que han concluido con éxito el programa de justicia terapéutica a nivel estatal y desglosados por municipio en 2016, 2017, 2018 y 2019 (del 1 de enero al 12 de junio).

COORDINACION CENTRA	MUJER	HOMBRE
2016	4	106
2017	11	136
2018	11	89
2019	1	2

TONALA	MUJER	HOMBRE
2016	0	0
2017	0	1
2018	0	1
2019	0	0



PICHUCALCO	MUJER	HOMBRE
2016	0	12
2017	1	11
2018	0	7
2019	0	1

TAPACHULA	MUJER	HOMBRE
2016	1	33
2017	0	19
2018	0	35
2019	0	0

COMITAN	MUJER	HOMBRE
2016	1	9
2017	0	45
2018	0	62
2019	0	0

SEDE SAN CRISTOBAL DE LAS CASAS	MUJER	HOMBRE
2016	0	0
2017	0	15
2018	0	17
2019	0	0

22. Número de mujeres y hombres que han suspendido el programa a nivel estatal y desglosados por municipio en 2016, 2017, 2018 y 2019 (del 1 de enero al 12 de junio).

COORDINACION CENTRA	MUJER	HOMBRE
2016	0	6
2017	1	21
2018	1	28
2019	0	3

TONALA	MUJER	HOMBRE
2016	0	1
2017	0	0
2018	0	1
2019	0	0

TAPACHULA	MUJER	HOMBRE
2016	0	11
2017	0	10
2018	0	18
2019	0	2

PICHUCALCO	MUJER	HOMBRE
2016	0	1
2017	0	0
2018	1	4
2019	1	0



Coordinación de Asesores del C. Fiscal General Unidad de Transparencia

COMITAN	MUJER	HOMBRE
2016	0	2
2017	1	13
2018	0	14
2019	1	0

SEDE SAN CRISTOBAL DE LAS CASAS	MUJER	HOMBRE
2016	0	1
2017	0	5
2018	0	5
2019	0	0

23. Número de mujeres y hombres que han sido expulsadas del programa a nivel estatal y desglosados por municipio en 2016, 2017, 2018 y 2019 (del 1 de enero al 12 de junio). Cabe aclarar que el Programa de Justicia Terapéutica, no contempla la expulsión del Tratamiento. Únicamente se suspende, debido a la acumulación de inasistencias, hasta en tanto el Juez de Control y/o el Ministerio Público, según sea el caso y previo análisis en particular, canalicen de nueva cuenta al beneficiario.

24. Número de mujeres y hombres que han reincidido una vez finalizado el programa de justicia terapéutica a nivel estatal y desglosados por municipio en 2016, 2017, 2018 y 2019 (del 1 de enero al 12 de junio). En relación a la reincidencia, desde el año 2016 únicamente se ha presentado dos casos, en ambos casos han sido en la Coordinación de CENTRA.

25. Número de mujeres y hombres en tratamiento ambulatorio (en las oficinas del Centro para la prevención y tratamiento de las adicciones (CENTRA) de Tuxtla Gutierrez) y en tratamiento residencial (clínica del Centra de Berriozabal) en 2016, 2017, 2018 y 2019 (del 1 de enero al 12 de junio). Se adjunta tabla al presente acuerdo.

26. Tiempo de duración de los programas de justicia terapéutica en tratamiento ambulatorio y en tratamiento residencial en Chiapas. El Tratamiento Residencial consiste en **09** nueve meses divididos en **03** tres meses de Internamiento en una Clínica CENTRA del Estado y **06** seis meses de seguimiento posterior al egreso; así mismo el Tratamiento Ambulatorio consiste en **06** seis meses de Terapia divididas de la siguientes manera: **04** meses de Terapias Ambulatorias dos veces por semana y posterior a ello, **02** dos meses de Terapias Grupales de Ayuda Mutua una vez por semana.

27. Lista de incentivos y sanciones que aplica el juez o el fiscal -si fuera el caso de aplicación de un criterio de oportunidad- durante el seguimiento del programa de justicia terapéutica (programas de tratamiento de drogas bajo supervisión judicial). En el Modelo de Justicia Terapéutica que se aplica en el Estado de Chiapas, no se llevan a cabo



Coordinación de Asesores del C. Fiscal General Unidad de Transparencia

incentivos ni sanciones, siendo en único estímulo para los beneficiarios la satisfacción de haber cumplido con el compromiso de su recuperación.

28. Guía o manual de operaciones "interno" o "externo" que utiliza el juez o en su defecto el fiscal para dar seguimiento a los programas de tratamiento de drogas bajo supervisión judicial. Se crea el Acuerdo **PGJE/01/2017**, de la Fiscalía General de Estado, y el Acuerdo **01/2017** del Pleno del Consejo de la Judicatura del Estado de Chiapas. Los cuales contemplan tanto la Operatividad, así como la Normatividad del Programa de Justicia Terapéutica en el Estado de Chiapas. Haciéndole saber que los acuerdos antes señalados se encuentran en la página oficial de la Fiscalía General del Estado de Chiapas, en el link siguiente: <http://www.fge.chiapas.gob.mx/informacion/marcojuridico/> en el rubro **MARCO JURÍDICO**, específicamente en la sección de **ACUERDOS**.

29. Organigrama y perfil del personal de las oficinas de la coordinación del Centro para la prevención y tratamiento de las adicciones.

ORGANIGRAMA CRITERIO DE OPORTUNIDAD





ORGANIGRAMA SUSPENSIÓN CONDICIONAL DEL PROCESO



Así mismo el perfil profesional del personal de la Coordinación de CENTRA, se detalla de la siguiente manera:

1. Coordinadora de CENTRA.- Licenciada en Psicología.
2. Fiscal del Ministerio Público Habilitado en Justicia Terapéutica.- Licenciada en Derecho.
3. Jefe de Sala de Audiencias de Justicia Terapéutica.- Licenciado en Derecho.
4. Jefa del Área de Psicología.- Licenciada en Psicología.
5. Servidores Públicos adscritos al área de Psicología.- Licenciados en Psicología.
6. Servidores Públicos adscritos al área de Seguimiento.- Licenciado en Derecho.
7. Asesor Legal de los Beneficiarios.- Licenciado en Derecho.

30. Lista de los centros privados vinculados al programa de justicia terapéutica y a las salas de audiencia para justicia terapéutica. El Programa de Justicia Terapéutica aplicado en el Estado de Chiapas, opera únicamente con el Modelo de CENTRA, dicho programa pertenece a la Fiscalía General del Estado. Así mismo la sala de Audiencia para beneficiarios referidos por Ministerio Público, se encuentra ubicada en Libramiento Norte y Rosa del Oriente Edificio Anexo a la Fiscalía General del Estado, tercer piso; por otra parte la Sala de Audiencias para referidos por el Juez de Control, se ubica en Boulevard Salomón González No.-4901. Fraccionamiento Las Torres, en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.



**Coordinación de Asesores del C. Fiscal General
Unidad de Transparencia**

31. Presupuesto asignado a la clínica del Centra y al Centro de Integración Juvenil a nivel estatal.
Se adjunta la información al respecto.

32. Presupuesto asignado a la coordinación de prevención y tratamiento de las adicciones.
Se adjunta la información al respecto.

Es importante mencionar que referente al Centro Juvenil Estatal, esta Institución no cuenta con la información, ya que dicho centro no depende de este Organismo Autónomo.

Por las anteriores consideraciones, y al contar con todos los elementos necesarios para pronunciarse en cuanto a la información solicitada, se tiene a bien resolver; y se -----

RESUELVE

PRIMERO. Se determina la procedencia de la entrega de la información pública solicitada, en los términos del considerando III de este acuerdo de resolución. -----

SEGUNDO. De conformidad con lo dispuesto en la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Chiapas, notifíquese el presente acuerdo de resolución, a través de la **PLATAFORMA NACIONAL DE TRANSPARENCIA-CHIAPAS** a quien solicitó la información, y una vez hecho lo anterior, archívese el presente asunto. -----

Así lo acordó y resolvió la **Licenciada María Susana Palacios García** Responsable de la Unidad de Transparencia de la Fiscalía General del Estado. Firma. -----






EXPERIENTES GENERALES INICIADOS CENTRO 2019



CLINICA	ENERO		FEBRERO		MARZO		ABRIL		MAYO		JUNIO		TOTAL
	AMBULATORIO	RESIDENCIAL	AMBULATORIO	RESIDENCIAL	AMBULATORIO	RESIDENCIAL	AMBULATORIO	RESIDENCIAL	AMBULATORIO	RESIDENCIAL	AMBULATORIO	RESIDENCIAL	
COORDINACION GENERAL	1	4	1	3	0	2	0	6	10	4			47
SECC SAN PASCUALCO				2					2				6
PROCALCO			1		3		1		3			1	10
TOMALA													
TAPACHULA		6		1	3		2		1	1		1	15
COMTAN		1		1	6				3				12
Valer por mes	1	12	2	7	1	22	2	11	6	19	1	6	90

AMBULATORIO		RESIDENCIAL	
10	77	0	3
TOTAL		87	3

Anexo 5



ESTADO DE CHIAPAS



SUJETO OBLIGADO: Fiscalía General de Justicia del Estado.
RECURRENTE: Nelly Paola Ríos Escobar.
FOLIOS DE LA SOLICITUDES: 00500719.
NÚMEROS DE EXPEDIENTES: IP/PNT/320 /2019-B.
COMISIONADO PONENTE: Dr. Hugo Alejandro Villar Pinto.

En Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, a los veinticinco días del mes de febrero del dos mil veinte la Dirección Jurídica da cuenta al Comisionado Ponente del cumplimiento de resolución recibido en esta Ponencia el día catorce de febrero del dos mil veinte por parte de la Responsable de la Unidad de Transparencia de la Fiscalía General de Justicia del Estado. Conste.-----

INSTITUTO DE ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA DEL ESTADO DE CHIAPAS, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas a los veinticinco días del mes de febrero del dos mil veinte.-----

Téngase por recibido el informe justificado, de fecha catorce de febrero del dos mil veinte, por medio del cual la Responsable de la Unidad de Transparencia de la Fiscalía General de Justicia del Estado envía cumplimiento a la resolución del recurso de revisión en que se actúa, el cual en obvio de repeticiones inoficiosas se tiene por reproducido como si a la letra se insertara y se ordena agregar a los presentes autos para que obre como corresponda.-----

Atento a lo anterior, y con fundamento en lo que establece el artículo 177, de la Ley de Transparencia y Acceso a la información Pública del Estado de Chiapas, se le da vista al recurrente para que dentro del **TERMINO DE 5 DIAS HABILES**, contados a partir de la legal notificación que se le haga del presente acuerdo a través del correo electrónico de este instituto, manifieste su conformidad con la información brindada o bien, en el caso de que haya inconformidad lo haga del conocimiento de este Instituto; ya que en caso de no hacer manifestación alguna, este Instituto de pronunciará oficiosamente sobre el cumplimiento dado por el sujeto obligado.-----

Notifíquese por los medio establecidos en Ley y cúmplase.-----

Así lo acordó y firmó el Comisionado Ponente, ante la presencia de la Secretaria General de Acuerdos del Pleno que da fe.- Doy fe.-----

COMISIONADO PONENTE

DR. HUGO ALEJANDRO VILLAR PINTO.

SECRETARIA GENERAL DE ACUERDOS DEL PLENO

MTRA. GABRIELA FABIOLA RUIZ NIÑO.



Coordinación de Asesores del C. Fiscal General
Unidad de Transparencia

Solicitud con número de folio: 500719
Solicitante: Nelly Paola Ríos Escobar
Expediente: 319/2019
Recurso de Revisión: IP/PNT/320/2019-B

Nelly Paola Ríos Escobar
Solicitante

VISTO el expediente administrativo interno 319/2019, relativo a la solicitud de acceso a la información pública, cuyos datos se citan al rubro, se procede a dictar el presente **ACUERDO DE RESOLUCIÓN EN CUMPLIMIENTO AL RECURSO DE REVISIÓN NÚMERO IP/PNT/320/2019-B, RESUELTO POR EL INSTITUTO DE ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA DEL ESTADO DE CHIAPAS**, con base en lo siguiente: -----

R E S U L T A N D O

PRIMERO. El día 13 de junio de 2019, a través de la **PLATAFORMA NACIONAL DE TRANSPARENCIA-CHIAPAS**, se tuvo por recibida la solicitud de acceso a la información pública con folio 500719, en donde Nelly Paola Ríos Escobar, solicitó lo siguiente: *"La solicitud de información requerida va enfocada en conocer datos estadísticos de la realidad sobre las detenciones y procesos que se han llevado a cabo por motivo de una relación de droga y delito en el estado de Chiapas y sus distintas entidades municipales. Así como conocer principalmente las acciones y resultados implementados por la coordinación del centro para la prevención y tratamiento de las adicciones y los programas de justicia terapéutica. 1. Número de mujeres y hombres que han sido arrestadas (os) por delitos de drogas a nivel estatal y desglosados por municipio en 2016, 2017, 2018 y 2019 (del 1 de enero al 12 de junio). 2. Número de mujeres y hombres que han sido procesadas y sentenciadas por delitos de drogas a nivel estatal y desglosados por municipio, en 2016, 2017, 2018 y 2019 (del 1 de enero al 12 de junio). 3. Número de mujeres y hombres que han sido arrestadas por posesión simple a nivel estatal y desglosados por municipio en 2016, 2017, 2018, 2019 (del 1 de enero al 12 de junio). 4. Número de mujeres y hombres que han sido procesadas y sentenciadas por posesión simple a nivel estatal y desglosados por municipio en 2016, 2017, 2018, 2019 (del 1 de enero al 12 de junio). 5. Número de mujeres y hombres que han sido arrestadas por narcomenudeo a nivel estatal y desglosados por municipio en 2016, 2017, 2018 y 2019 (del 1 de enero al 12 de junio). 6. Número de mujeres y hombres que han sido procesadas y sentenciadas por narcomenudeo a nivel estatal y desglosados por municipio en 2016, 2017, 2018 y 2019 (del 1 de enero al 12 de junio). 7. Número de mujeres y hombres que han sido arrestadas por consumo de drogas a nivel estatal y*

Reub 19 Feb 20
[Signature]



desglosados por municipio en 2016, 2017, 2018 y 2019 (del 1 de enero al 12 de junio). 8. Número de mujeres y hombres que han sido arrestadas por narcotráfico a nivel estatal y desglosados por municipio en 2016, 2017, 2018 y 2019 (del 1 de enero al 12 de junio). 9. Número de mujeres y hombres que han sido arrestadas por delitos cometidos bajo el influjo de alcohol a nivel estatal y desglosados por municipio en 2016, 2017, 2018 y 2019 (del 1 de enero al 12 de junio). 10. Lista de delitos cometidos bajos los efectos de alcohol a nivel estatal y desglosados por municipio en 2016, 2017, 2018 y 2019 (del 1 de enero al 12 de junio). 11. Número de mujeres y hombres que han sido arrestadas por delitos cometidos bajo el influjo de alguna droga ilícita a nivel estatal y desglosados por municipio en 2016, 2017, 2018 y 2019 (del 1 de enero al 12 de junio). 12. Lista de delitos más comunes cometidos bajos los influjos de alguna droga ilícita por lo que las personas han sido detenidos tanto a nivel estatal desglosados por municipio en 2016, 2017, 2018 y 2019 (del 1 de enero al 12 de junio). 13. Número de mujeres y hombres que han solicitado alguna salida alterna de solución de conflicto por delitos relacionados con drogas a nivel estatal y desglosados por municipio en 2016, 2017, 2018 y 2019 (del 1 de enero al 12 de junio). 14. Número de mujeres y hombres que han solicitado la suspensión condicional de proceso por delitos relacionados con drogas a nivel estatal y desglosados por municipio en 2016, 2017, 2018 y 2019 (del 1 de enero al 12 de junio). 15. Número de mujeres y hombres a las que se le han aplicado criterios de oportunidad por delitos relacionados con drogas a nivel estatal y desglosados por municipio en 2016, 2017, 2018 y 2019 (del 1 de enero al 12 de junio). 16. Número de procesos judiciales o casos que han sido remitidos a los programas de tratamiento de adicciones como condición de la suspensión condicional de proceso a nivel estatal y desglosados por municipio en 2016, 2017, 2018 y 2019 (del 1 de enero al 12 de junio). 17. Número de procesos judiciales o casos que han sido remitidos a los programas de justicia terapéutica en aplicación de un criterio de oportunidad en 2016, 2017, 2018 y 2019 (del 1 de enero al 12 de junio). 18. Lista de delitos por lo que los sujetos han sido remitidos a los programas de justicia terapéutica a nivel estatal y desglosados por municipio en 2016, 2017, 2018 y 2019 (del 1 de enero al 12 de junio). 19. Número de mujeres y hombres que han sido beneficiados (as) por los programas de justicia terapéutica a nivel estatal y desglosados por municipio en 2016, 2017, 2018 y 2019 (del 1 de enero al 12 de junio). 20. Número de mujeres y hombres no admitidos (as) al programa de justicia terapéutica a nivel estatal y desglosados por municipio en 2016, 2017, 2018 y 2019 (del 1 de enero al 12 de junio). 21. Número de mujeres y hombres que han concluido con éxito el programa de justicia terapéutica a nivel estatal y desglosados por municipio en 2016, 2017, 2018 y 2019 (del 1 de enero al 12 de junio). 22. Número de mujeres y hombres que han suspendido el programa a nivel estatal y desglosados por municipio en



2016, 2017, 2018 y 2019 (del 1 de enero al 12 de junio). 23. Número de mujeres y hombres que han sido expulsadas del programa a nivel estatal y desglosados por municipio en 2016, 2017, 2018 y 2019 (del 1 de enero al 12 de junio). 24. Número de mujeres y hombres que han reincidido una vez finalizado el programa de justicia terapéutica a nivel estatal y desglosados por municipio en 2016, 2017, 2018 y 2019 (del 1 de enero al 12 de junio). 25. Número de mujeres y hombres en tratamiento ambulatorio (en las oficinas del Centro para la prevención y tratamiento de las adicciones (CENTRA) de Tuxtla Gutiérrez) y en tratamiento residencial (clínica del Centra de Berriozabal) en 2016, 2017, 2018 y 2019 (del 1 de enero al 12 de junio). 26. Tiempo de duración de los programas de justicia terapéutica en tratamiento ambulatorio y en tratamiento residencial en Chiapas. 27. Lista de incentivos y sanciones que aplica el juez o el fiscal -si fuera el caso de aplicación de un criterio de oportunidad- durante el seguimiento del programa de justicia terapéutica (programas de tratamiento de drogas bajo supervisión judicial). 28. Guía o manual de operaciones "interno" o "externo" que utiliza el juez o en su defecto el fiscal para dar seguimiento a los programas de tratamiento de drogas bajo supervisión judicial. 29. Organigrama y perfil del personal de las oficinas de la coordinación del Centro para la prevención y tratamiento de las adicciones. 30. Lista de los centros privados vinculados al programa de justicia terapéutica y a las salas de audiencia para justicia terapéutica. 31. Presupuesto asignado a la clínica del Centra y al Centro de Integración Juvenil a nivel estatal. 32. Presupuesto asignado a la coordinación de prevención y tratamiento de las adicciones."-----

SEGUNDO. De conformidad por lo dispuesto en los artículos 59 fracciones II, IV y 147 de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Chiapas, la Unidad de Transparencia de esta Institución, recibió y dio trámite a la solicitud que nos ocupa y con fecha 08 de julio del 2019, notificó a la solicitante el Acuerdo de Resolución de la solicitud 500719.-----

TERCERO. Inconforme la solicitante interpuso recurso de revisión, señalando como acto impugnado: "De acuerdo a la respuesta del sujeto obligado en los numerales 1, 2, 3, 4, 7, 8, 9, 10 y 11, el cual dice No contar con la información en los términos requeridos, impugno la información no proporcionada puesto que al analizarse dicha contestación, el sujeto obligado da a entender que si cuenta con la información más se niega a entregarla, de manera que requiero que la información me sea entregada. Del mismo modo, la respuesta proporcionada por el sujeto obligado en el numeral 25 de la solicitud realizad, no fue proporcionada completamente aludiendo a la información requerida en su totalidad." (sic); mismo que fue resuelto por el



Instituto de Acceso a la información Pública del Estado de Chiapas el día 14 de noviembre de 2019, dentro del expediente relativo al recurso de revisión IP/PNT/320/2019-B, resolviendo: "...SEGUNDO.- Se Modifica la respuesta de fecha ocho de julio de dos mil diecinueve, por parte de la Fiscalía General del Estado, por las razones expuestas en el considerando CUARTO Y QUINTO de la presente resolución; así, en dicho considerando se señaló: "... en aras de una total y absoluta transparencia de la información lo que procede con fundamento en el artículo 169, fracción III de la Ley de Transparencia y acceso a la Información Pública del Estado de Chiapas, es **Modificar** la respuesta proporcionada por la autoridad a la solicitud información con folio 500719 y en consecuencia se ordena a la fiscalía General de Justicia del Estado que emita una nueva respuesta en donde proporcione al recurrente la información solicitada consistente en:

1. **Número de mujeres y hombres que han sido arrestadas (os) por delitos de drogas a nivel estatal y desglosados por municipio en 2016, 2017, 2018 y 2019 (del 1 de enero al 12 de junio).**
2. **Número de mujeres y hombres que han sido procesadas y sentenciadas por delitos de drogas a nivel estatal y desglosados por municipio, en 2016, 2017, 2018 y 2019 (del 1 de enero al 12 de junio).**
3. **Número de mujeres y hombres que han sido arrestadas por posesión simple a nivel estatal y desglosados por municipio en 2016, 2017, 2018,2019 (del 1 de enero al 12 de junio).**
4. **Número de mujeres y hombres que han sido procesadas y sentenciadas por posesiónsimple a nivel estatal y desglosados por municipio en 2016, 2017, 2018,2019 (del 1 de enero al 12 de junio).**
7. **Número de mujeres y hombres que han sido arrestadas por consumo de drogas a nivel estatal y desglosados por municipio en 2016, 2017, 2018 y 2019 (del 1 de enero al 12 de junio).**
8. **Número de mujeres y hombres que han sido arrestadas por narcotráfico a nivel estatal y desglosados por municipio en 2016, 2017, 2018 y 2019 (del 1 de enero al 12 de junio).**
9. **Número de mujeres y hombres que han sido arrestadas por delitos cometidos bajo el influjo de alcohol a nivel estatal y desglosados por municipio en 2016, 2017, 2018 y 2019 (del 1 de enero al 12 de junio).**



10. Lista de delitos cometidos bajos los efectos de alcohol a nivel estatal y desglosados por municipio en 2016, 2017, 2018 y 2019 (del 1 de enero al 12 de junio)

11. Número de mujeres y hombres que han sido arrestadas por delitos cometidos bajo el influjo de alguna droga ilícita a nivel estatal y desglosados por municipio en 2016, 2017, 2018 y 2019 (del 1 de enero al 12 de junio).

25. Número de mujeres y hombres en tratamiento ambulatorio (en las oficinas del Centro para la prevención y tratamiento de las adicciones (CENTRA) de Tuxtla Gutierrez) y en tratamiento residencial (clínica del Centra de Berriozabal) en 2016, 2017, 2018 y 2019 (del 1 de enero al 12 de junio). “

CUARTO. Atendiendo a dicha resolución mediante oficio, se solicitó al responsable de la Unidad de Enlace de la Fiscalía de Alto Impacto, realizará búsqueda en sus archivos de la información consistente en **“1. Número de mujeres y hombres que han sido arrestadas (os) por delitos de drogas a nivel estatal y desglosados por municipio en 2016, 2017, 2018 y 2019 (del 1 de enero al 12 de junio). 2. Número de mujeres y hombres que han sido procesadas y sentenciadas por delitos de drogas a nivel estatal y desglosados por municipio, en 2016, 2017, 2018 y 2019 (del 1 de enero al 12 de junio). 3. Número de mujeres y hombres que han sido arrestadas por posesión simple a nivel estatal y desglosados por municipio en 2016, 2017, 2018,2019 (del 1 de enero al 12 de junio). 4. Número de mujeres y hombres que han sido procesadas y sentenciadas por posesión simple a nivel estatal y desglosados por municipio en 2016, 2017, 2018,2019 (del 1 de enero al 12 de junio). 7. Número de mujeres y hombres que han sido arrestadas por consumo de drogas a nivel estatal y desglosados por municipio en 2016, 2017, 2018 y 2019 (del 1 de enero al 12 de junio). 8. Número de mujeres y hombres que han sido arrestadas por narcotráfico a nivel estatal y desglosados por municipio en 2016, 2017, 2018 y 2019 (del 1 de enero al 12 de junio). 10. Lista de delitos cometidos bajos los efectos de alcohol a nivel estatal y desglosado por municipio en 2016, 2017, 2018 y 2019 (del 1 de enero al 12 de junio) 11. Número de mujeres y hombres que han sido arrestadas por delitos cometidos bajo el influjo de alguna droga ilícita a nivel estatal y desglosados por municipio en 2016, 2017, 2018 y 2019 (del 1 de enero al 12 de junio)”**; al responsable de la Unidad de Enlace de la Dirección de Tecnologías de la Información y Estadística, sobre la información referente a **“9. Número de mujeres y hombres que han sido arrestadas por delitos cometidos bajo el influjo de alcohol a nivel estatal y desglosados por municipio en 2016, 2017, 2018 y 2019 (del 1 de enero al 12 de junio). 10. Lista**



de delitos cometidos bajos los efectos de alcohol a nivel estatal y desglosados por municipio en 2016, 2017, 2018 y 2019 (del 1 de enero al 12 de junio)"; y al responsable de la Unidad de Enlace del Centro Especializado para la Prevención y Tratamiento de las Adicciones (Centra), sobre la consistente en "25. Número de mujeres y hombres en tratamiento ambulatorio (en las oficinas del Centro para la prevención y tratamiento de las adicciones (CENTRA) de Tuxtla Gutierrez) y en tratamiento residencial (clínica del Centra de Berriozabal) en 2016, 2017, 2018 y 2019 (del 1 de enero al 12 de junio)"; y en caso de determinar la inexistencia informará de forma fundada y motivada al Comité de Transparencia. -----

QUINTO. Así los enlaces de las referidas áreas, para dar cumplimiento a lo ordenado generaron la información solicitada para dar atención a lo requerido.-----

CONSIDERANDO

I. Que esta Unidad de Transparencia, en términos de lo previsto por el artículo 176 de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Chiapas, está facultada para dar cumplimiento al citado recurso; en los términos que a continuación se expresan: -----

II. Ahora bien, con la finalidad de dar cumplimiento a lo resuelto por el Instituto de Acceso a la Información Pública del Estado de Chiapas dentro del expediente relativo al recurso de revisión IP/PNT/320/2019-B, se generó por las áreas poseedoras de los datos, la información siguiente:

- 1. Número de mujeres y hombres que han sido arrestadas (os) por delitos de drogas a nivel estatal y desglosados por municipio en 2016, 2017, 2018 y 2019 (del 1 de enero al 12 de junio).



Coordinación de Asesores del C. Fiscal General
Unidad de Transparencia

Municipio	Hombres				Mujeres			
	2016	2017	2018	2019	2016	2017	2018	2019
Tuxtla	32	31	34	151	3			9
Tonala	12	8	12		2			
Tapachula	25	19	5	97	1			10
San Fernando	2							
Pijijiapan	1	2						
Cintalapa	2	4	5				1	
Chiapa de Corzo	2							1
Ocozocoautla		1						4
Mezcalapa		1						
Huehuetan		1						
Comitan		1	2					
Berriozabal		3						1
Arriaga		5	2					2
Yajalon			2					
San Cristobal			1					
Huixtla			2					
Frontera Hidalgo			1					
Mapastepec			2					
Pueblo Nuevo			8					
Villacorzo				2				
Reforma				4				
Vitaflores				6				
Metapa			1					

2. Número de mujeres y hombres que han sido procesadas y sentenciadas por delitos de drogas a nivel estatal y desglosados por municipio, en 2016, 2017, 2018 y 2019 (del 1 de enero al 12 de junio).

Municipio	Hombres				Mujeres			
	2016	2017	2018	2019	2016	2017	2018	2019
Tuxtla	6	9	9	3				
Tonala	8	2	1		1			
Cintalapa	7		2					
Arriaga		1	1					
San Fernando		2						
Tapachula		1						
Huehuetan		2						
Chiapa de Corzo				2				
Berriozabal			1					



3. Número de mujeres y hombres que han sido arrestadas por posesión simple a nivel estatal y desglosados por municipio en 2016, 2017, 2018,2019 (del 1 de enero al 12 de junio).

Municipio	Hombres				Mujeres			
	2016	2017	2018	2019	2016	2017	2018	2019
Tuxtla	32	9	14	34		1	1	5
Tonala	12	3	6		2			
Tapachula	25	6	4	97	2			6
San Fernando	2							
Pijjapan	1	2						
Cintalapa	2							2
Chiapa de Corzo	2							
Ocosingo		1						3
Mezcalapa								
Huehuetan								
Comitan								
Berriozabal								
Arriaga		2	1				1	
Vajalón								
San Cristobal								
Huixtla			1					
Frontera Hidalgo								
Mapastepec								
Pueblo Nuevo								
Metapa								

4. Número de mujeres y hombres que han sido procesadas y sentenciadas por posesión simple a nivel estatal y desglosados por municipio en 2016, 2017, 2018,2019 (del 1 de enero al 12 de junio).

Municipio	Hombres				Mujeres			
	2016	2017	2018	2019	2016	2017	2018	2019
Tuxtla	6	9	9	3				
Tonala	8	2	1		1			
Cintalapa	7		2					
Arriaga		1	1					
San Fernando		2						
Tapachula		1						
Huehuetan		2						
Chiapa de Corzo				2				
Berriozabal			1					

7. Número de mujeres y hombres que han sido arrestadas por consumo de drogas a nivel estatal y desglosados por municipio en 2016, 2017, 2018 y 2019 (del 1 de enero al 12 de junio).



Municipio	Hombres				Mujeres			
	2016	2017	2018	2019	2016	2017	2018	2019
Tuxtla	12	31	34	151	3			9
Tonala	12	8	12		2			
Tapachula	25	19	5	97	1			10
San Fernando	2							
Pijujapan	1	2						
Cintalapa	2	4	5				1	
Chiapa de Corzo	2							1
Ocosingo		1						4
Metcalapa		1						
Huehuetan		1						
Comitan		1	2					
Berriozabal		3						1
Arriaga		5	2					2
Tajalon			2					
San Cristobal			1					
Huitla			2					
Frontera Hidalgo			1					
Mapastepec			2					
Pueblo Nuevo			8					
Villacorzo				2				
Reforma				4				
Villaflores				6				
Metapa			1					

8. Número de mujeres y hombres que han sido arrestadas por narcotráfico a nivel estatal y desglosados por municipio en 2016, 2017, 2018 y 2019 (del 1 de enero al 12 de junio).

Municipio	Hombres				Mujeres			
	2016	2017	2018	2019	2016	2017	2018	2019
Comitan			2					
Tapachula				1				
Tuxtla				1				5

9. Número de mujeres y hombres que han sido arrestadas por delitos cometidos bajo el influjo de alcohol a nivel estatal y desglosados por municipio en 2016, 2017, 2018 y 2019 (del 1 de enero al 12 de junio). No se cuenta con el indicador requerido para conocer la circunstancia de comisión de un hecho delictivo bajo influjo de alcohol, enfocándose a la configuración del tipo penal; sin embargo se ofrece las cifras sobre el género de los imputados sobre delitos que se consideran probablemente cometidos bajo el influjo de alcohol.

GÉNERO DEL IMPUTADO	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	ENERO-12 JUN 2019
MASCULINO	741	651	719	1,102	1,058	457	383	558	342	218
FEMENINO	19	15	25	25	53	19	10	25	10	11



10. Lista de delitos cometidos bajos los efectos de alcohol a nivel estatal y desglosados por municipio en 2016, 2017, 2018 y 2019 (del 1 de enero al 12 de junio). No se cuenta con el indicador requerido para conocer la circunstancia de comisión de un hecho delictivo bajo influjo de alcohol, enfocándose a la configuración del tipo penal; sin embargo se ofrecen las cifras sobre delitos que se consideran probablemente cometidos bajo el influjo de alcohol

AVERIGUACIONES PREVIAS Y/O CARPETAS DE INVESTIGACIÓN INICIADOS
Ataques a las vías de comunicación
Lesiones Culposas
Daños por Hechos de Tránsito
Homicidio Culposo

11. Número de mujeres y hombres que han sido arrestadas por delitos cometidos bajo el influjo de alguna droga ilícita a nivel estatal y desglosados por municipio en 2016, 2017, 2018 y 2019 (del 1 de enero al 12 de junio). Para poder conocer de esos datos se necesitaría el consentimiento de la persona para realizar los exámenes necesarios que dictamine su uso de drogas, lo cual no se obtiene.

25. Número de mujeres y hombres en tratamiento ambulatorio (en las oficinas del Centro para la prevención y tratamiento de las adicciones (CENTRA) de Tuxtla Gutierrez) y en tratamiento residencial (clínica del Centra de Berriozabal) en 2016, 2017, 2018 y 2019 (del 1 de enero al 12 de junio).

AÑO	COORDINACION DE CENTRA		TOTAL
	TRATAMIENTO AMBULATORIO		
	MUJER	HOMBRE	
2016	3	107	110
2017	11	146	157
2018	8	115	123



AÑO	CLINICA BERRIOZABAL		TOTAL
	TRATAMIENTO RESIDENCIAL		
	MUJER	HOMBRE	
2016	1	1	2
2017	0	2	2
2018	0	3	3

Por tanto, tomando en consideración lo manifestado por las áreas poseedoras de la información, esta Unidad considera que con los datos proporcionados se da cumplimiento en sus términos a la resolución de 14 de noviembre de 2019 emitida por ese órgano garante.

Por las anteriores consideraciones, y al contar con todos los elementos necesarios para pronunciarse en cuanto a la información solicitada, se tiene a bien resolver; y se.

RESUELVE

PRIMERO. Se determina la procedencia de la entrega de la información en los términos del considerando III de este acuerdo, en cumplimiento a la resolución emitida el 14 de noviembre del 2019.

SEGUNDO. Notifíquese, por el medio electrónico autorizado, al solicitante.

TERCERO. Infórmese al Instituto de Acceso a la Información Pública del Estado de Chiapas, para los efectos legales a que haya lugar dentro del expediente relativo al recurso de revisión número IP/PNT/320/2019-B; y una vez hecho lo anterior, archívese el presente asunto.

Así lo acordó y resolvió la Licenciada María Susana Palacios García, Responsable de la Unidad de Transparencia de la Fiscalía General del Estado.
Firma

Anexo 6



FISCALÍA
GENERAL DEL ESTADO
GOBIERNO DE CHIAPAS

Coordinación de Asesores del C. Fiscal General Unidad de Transparencia

Solicitud con folio: 591919

Solicitante: Nelly Paola Rios Escobar

Fecha de presentación: 12 de julio de 2019

Tuxtla Gutiérrez, Chiapas; a 21 de agosto de 2019

Nelly Paola Rios Escobar
Solicitante

En relación a la solicitud de acceso a la información pública, cuyos datos se citan al rubro, se tiene a bien emitir el siguiente: -----

ACUERDO DE RESOLUCIÓN:

VISTO para resolver la solicitud de acceso a la información pública presentada por **Nelly Paola Rios Escobar**, a través de la **PLATAFORMA NACIONAL DE TRANSPARENCIA-CHIAPAS**, ante la Unidad de Transparencia de la Fiscalía General del Estado, mediante la cual solicita conocer: *“La solicitud de información requerida va enfocada en conocer datos estadísticos de la realidad sobre los programas de justicia terapéutica, así como conocer principalmente las acciones y resultados que ha tenido la coordinación del centro para la prevención y tratamiento de las adicciones. En ejercicio de mi derecho fundamental de acceso a la información previsto en el artículo 6 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y en los artículos 13 de la Convención Interamericana de Derechos Humanos y 19 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, en relación con la Ley Orgánica y el Reglamento de la Fiscalía General del Estado de Chiapas, solicito la siguiente información. 1.- Número de mujeres y hombres que han sido suspendidos (as) del programa de justicia terapéutica a nivel estatal y desglosado por municipio en los años 2016, 2017, 2018 y 2019 (del 01 de enero al 15 de julio) 2.- En relación a lo anterior, número de mujeres y hombres beneficiarios que han sido canalizadas nuevamente por orden de Juez de Control y/o el Ministerio Público al programa de justicia terapéutica en 2016, 2017, 2018 y 2019 (del 01 de enero al 15 de julio). 3.- Número de mujeres y hombres en tratamiento ambulatorio a nivel estatal y desglosado en los municipios donde se encuentra (las oficinas del Centro para la Prevención y Tratamiento de las Adicciones (CENTRA)) y en tratamiento residencial (Clínica del Centra de Berriozábal, Tapachula, Tonalá, Comitán, Pichucalco, San cristobal de las casas) en 2016, 2017, 2018 y 2019. Solicito que la información me sea proporcionada vía digital es decir por correo electrónico. De antemano, gracias”*; así, con fundamento en los artículos 6º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 3 y 5 de la Constitución Política del Estado de Chiapas; 56, 57,58 y 59 de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Chiapas, se admite a trámite la presente solicitud y se registra el

1
FOLIO 591919



folio 591919, formándose el expediente administrativo interno número **414/2019**. Previo estudio de la solicitud del caso que nos ocupa, y -----

R E S U L T A N D O

PRIMERO. La Unidad de Transparencia de la Fiscalía General del Estado, recibió a través de la **PLATAFORMA NACIONAL DE TRANSPARENCIA-CHIAPAS**, la solicitud con **folio 591919**, el **12 de julio de 2019**, formulada por **Nelly Paola Rios Escobar**; y para efecto del cómputo del plazo establecido en el artículo 141 de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Chiapas, se tiene por recibida la solicitud que nos ocupa el día **12 de julio de 2019**, tal y como quedó establecido en el acuse de recibo correspondiente, emitido por el Sistema antes mencionado. -----

SEGUNDO. De conformidad por lo dispuesto en el artículo 147 de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Chiapas, la Unidad de Transparencia de esta Institución, recibió y dio trámite a la solicitud que nos ocupa, turnándola al **Centro para la Prevención y Tratamiento de las Adicciones (CENTRA)** de la Fiscalía General del Estado, área que se consideró podía contar con la información solicitada. -----

TERCERO.- Así el enlace de la referida área, dio respuesta sobre la información solicitada. -----

C O N S I D E R A N D O

I. Que esta Unidad de Transparencia, en términos de lo previsto por los artículos 56, 57, 58 y 59 de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Chiapas, está facultada para resolver la solicitud de acceso a la información pública presentada por **Nelly Paola Rios Escobar**; en los términos que a continuación se expresan: -----

II. Que una vez examinada la fecha de presentación de la solicitud de mérito, se desprende que la misma se encuentra dentro del plazo legal para resolverse, conforme a los términos establecidos en los numerales 141 de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Chiapas. -----



III. Que analizada la información que se solicita y habiendo recibido la respuesta del área competente esta Unidad de Transparencia tiene a bien cumplimentar la solicitud con la información tal como obra en los archivos de esta institución:

1. NÚMERO DE MUJERES Y HOMBRES QUE HAN SIDO SUSPENDIDOS (AS) DEL PROGRAMA DE JUSTICIA TERAPÉUTICA A NIVEL ESTATAL Y DESGLOSADO POR MUNICIPIO EN LOS AÑOS 2016, 2017, 2018 Y 2019 (DEL 01 DE ENERO AL 15 DE JULIO)

Tapachula	Mujer	Hombre
2016	0	11
2017	0	10
2018	0	18
2019	0	2

Pichucalco	Mujer	Hombre
2016	0	1
2017	0	0
2018	1	4
2019	1	1

Tonalá	Mujer	Hombre
2016	0	11
2017	0	10
2018	0	18
2019	0	2

Comitan	Mujer	Hombre
2016	0	2
2017	1	13
2018	0	14
2019	1	1

Coordinación Centra	Mujer	Hombre
2016	0	6
2017	1	21
2018	1	28
2019	1	4

San Cristóbal de las Casas	Mujer	Hombre
2016	0	1
2017	0	5
2018	0	5
2019	0	0

CHIAPAS
CONCIENCIA DEL ESTADO



2. EN RELACIÓN A LO ANTERIOR, NÚMERO DE MUJERES Y HOMBRES BENEFICIARIOS QUE HAN SIDO CANALIZADAS NUEVAMENTE POR ORDEN DE JUEZ DE CONTROL Y/O EL MINISTERIO PÚBLICO AL PROGRAMA DE JUSTICIA TERAPÉUTICA EN 2016, 2017, 2018 Y 2019 (DEL 01 DE ENERO AL 15 DE JULIO).

Tapachula	Mujer	Hombre
2016	0	2
2017	0	0
2018	0	1
2019	0	0

Pichucalco	Mujer	Hombre
2016	0	0
2017	0	0
2018	0	1
2019	0	0

Tonalá	Mujer	Hombre
2016	0	0
2017	0	0
2018	0	0
2019	0	0

Comitan	Mujer	Hombre
2016	0	1
2017	0	2
2018	0	1
2019	0	0

Coordinación Centra	Mujer	Hombre
2016	0	3
2017	0	4
2018	0	2
2019	0	0

San Cristóbal de las Casas	Mujer	Hombre
2016	0	0
2017	0	0
2018	0	0
2019	0	0

3. NÚMERO DE MUJERES Y HOMBRES EN TRATAMIENTO AMBULATORIO A NIVEL ESTATAL Y DESGLOSADO EN LOS MUNICIPIOS DONDE SE ENCUENTRA (LAS OFICINAS DEL CENTRO PARA LA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS ADICCIONES (CENTRA)) Y EN TRATAMIENTO RESIDENCIAL (CLÍNICA DEL CENTRA DE BERRIOZÁBAL, TAPACHULA, TONALÁ, COMITÁN, PICHUCALCO, SAN CRISTOBAL DE LAS CASAS) EN 2016, 2017, 2018 Y 2019. Se anexa información en formato Excel.

Por las anteriores consideraciones, y al contar con todos los elementos necesarios para pronunciarse en cuanto a la información solicitada, se tiene a bien resolver; y se -----



**Coordinación de Asesores del C. Fiscal General
Unidad de Transparencia**

RESUELVE

PRIMERO. Se determina la procedencia de la entrega de la información pública solicitada, en los términos del considerando III de este acuerdo de resolución. -----

SEGUNDO. De conformidad con lo dispuesto en la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Chiapas, notifíquese el presente acuerdo de resolución, a través de la **PLATAFORMA NACIONAL DE TRANSPARENCIA-CHIAPAS** a quien solicitó la información, y una vez hecho lo anterior, archívese el presente asunto. -----

Así lo acordó y resolvió la **Licenciada María Susana Palacios García Responsable de la Unidad de Transparencia** de la Fiscalía General del Estado. -----



CLINICA	AMBULATORIO
PICHUCALCO	55
TAPACHULA	206
COMITAN	360
SEDE SAN CRISTOBAL	77
COORDINACION GENERAL	1177
TONALA	4
TOTAL	1879
1879	