

La expansión de los tribunales de drogas en México

Tania Tlacaoelt Ramírez Hernández



MONITOR

21



CIDE
Región • Centro



**Política
de Drogas**

Primera edición: 2016

Las opiniones y datos contenidos en este documento son de la exclusiva responsabilidad de sus autores y no representan el punto de vista del CIDE como institución.

Este Cuaderno de Trabajo forma parte del Programa de Política de Drogas del CIDE.

Programa de Política de Drogas:

Alejandro Madrazo, Coordinador del Programa de Política de Drogas

Guus Zwitter, Coordinador Ejecutivo

Laura Atuesta, Responsable del Monitor

Edgar Guerra, Responsable del Seminario

Esta edición fue patrocinada por Open Society Foundations

D.R. © 2016, Centro de Investigación y Docencia Económicas A. C. Región Centro
Programa de Política de Drogas. Circuito Tecnopolo Norte 117, Col. Tecnopolo Pocitos II,
CP 20313, Aguascalientes, Ags., México.
www.politicadedrogas.org | ppd.cide.edu | www.cide.edu

Imagen de la portada: © Aldo Contró López.

La creación de esta Colección de Cuadernos de Trabajo del Programa de Política de Drogas fue aprobada por el Comité Editorial del Centro de Investigación y Docencia Económicas en enero de 2016.

Edición y diseño: Colofón, Diseño y Comunicación, S.C.

Contacto: Guus Zwitter (guus.zwitter@cide.edu)

La expansión de los tribunales de drogas en México

Tania Tlacaelel Ramírez Hernández

Documentos
de trabajos
Novedades
Fondo
editorial
eBooks
Revistas
LIBROS LIBROS

www.LibreriaCide.com

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	7
CORTES DE DROGAS: SURGIMIENTO Y EXPANSIÓN	8
TRIBUNALES DE DROGAS EN MÉXICO	16
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	41
BIBLIOGRAFÍA	47

INTRODUCCIÓN

Francisco Javier entrecruza las manos, agacha la mirada y se dirige, con voz tenue, al juez Tomás Mateo Morales: “Quiero echarle más ganas porque ya mi familia se cansó de mí, y pues quiero superarme, quiero salir adelante”, le expresa. El joven de 22 años de edad, adicto a la marihuana, fue detenido y procesado por delito contra la salud en la modalidad de narcomenudeo. Se convirtió en el primer beneficiado del TTA de Morelos (fragmento de la primera audiencia del Tribunal para el Tratamiento de Adicciones del estado de Morelos) (Baranda, 2015).

La guerra contra el narcotráfico, declarada el sexenio anterior, generó una fuerte presión sobre el sistema penal en su conjunto por concentrar gran parte de los esfuerzos en la persecución de delitos contra la salud en sus distintas modalidades¹. Durante este periodo, consumidores de sustancias y participantes menores de la cadena delictiva fueron perseguidos y encarcelados por la comisión de delitos de drogas².

En este contexto, el Estado mexicano importó, recientemente, el modelo de cortes de drogas bajo el nombre de Tribunales para el Tratamiento de Adicciones (TTA)³ con el objetivo de ofrecer una vía alterna para personas con problemas de adicción que se encuentran en conflicto con la ley, es decir, que son acusadas de cometer un delito.

En 2009, se instaló el primer TTA en el país como un programa piloto en Nuevo León. Lo que parecía ser un proyecto aislado de un gobierno local, se convirtió en un programa ambicioso que se expande a más entidades. A partir de 2014, se han instalado más tribunales de drogas en varios estados de la República y, según planes del gobierno federal, está previsto extender este programa a todas las entidades en lo que resta del sexenio.

El presente trabajo pretende conocer por qué se están expandiendo los tribunales de drogas en México, cuáles son los factores y las razo-

¹ Estas conductas típicas se encuentran previstas en Ley General de Salud, Capítulo VII, “Delitos contra la salud en su modalidad de narcomenudeo”; en tanto que el tráfico a gran escala está regulado en el Código Penal Federal, Capítulo 1, “De la producción, tenencia, tráfico, proselitismo y otros actos en materia de narcóticos”, del Título Séptimo, denominado Delitos Contra la Salud.

² En el marco de la guerra contra el narcotráfico, las instituciones de impartición de justicia estuvieron en gran parte enfocadas en la persecución de delitos contra la salud. Para tener una idea de la magnitud de este fenómeno, véase: Pérez, 2012; 2014. Azaola y Bergman, 2010; *Resultados de la Primera Encuesta realizada a Población Interna en Centros Federales de Readaptación Social*, 2012.

³ El término *drug courts* se utilizará solamente en referencia al modelo estadounidense, en México se les denomina “Tribunales para el Tratamiento de Adicciones” o TTA. Se ha optado por denominar al presente trabajo “Expansión de los tribunales de drogas en México” debido a que se considera que es la traducción adecuada, sin embargo, en la literatura es más frecuente encontrar el término “cortes de drogas”.

nes institucionales a las que obedece la expansión de este modelo y, hasta qué punto, éstas contribuyen a la solución de los problemas que, supuestamente, les dieron origen. Una primera aproximación al fenómeno sugiere que los tribunales de drogas en México siguen reproduciendo una lógica de criminalización hacia los usuarios de estas sustancias.

El texto se organiza de la siguiente manera: para empezar, se explicará qué son las cortes de drogas y se hará un análisis de este modelo con el propósito de entender cuáles son los problemas estructurales que subyacen en su creación;

las implicaciones que puede tener para las personas que sean derivadas a dicho mecanismo y los inconvenientes, de algunos de sus elementos, cuando entran en operación. Enseguida, se hablará del proceso de desarrollo de los tribunales de drogas en el caso mexicano: la etapa de diagnóstico, implementación y expansión del modelo. A continuación, se analizará la estructura y operación de los TTA en México y se hará un monitoreo de la operación de los tribunales que ya están instalados con el objetivo de evaluar los resultados. Finalmente, se presentarán las conclusiones y recomendaciones pertinentes.

CORTES DE DROGAS: SURGIMIENTO Y EXPANSIÓN

¿Qué son las cortes de drogas?

Las llamadas cortes de drogas surgieron como una vía paralela para canalizar, de forma alterna, la resolución judicial de conductas penales vinculadas a dichas sustancias. Las primeras cortes de drogas comenzaron a funcionar en Estados Unidos en la década de los años ochenta. Después fueron importadas a sistemas similares en Inglaterra, Escocia, Australia, Canadá, entre otros. Recientemente, se han trasladado a países latinoamericanos como Brasil, Chile, México y Perú.

Cuando se habla de cortes o tribunales de drogas no se alude a un concepto unívoco, sino que se hace referencia a una serie de instituciones cuyo nombre, estructura y operación varían dependiendo del lugar donde se implementan. Por ello, resulta complicado adoptar una defini-

ción única, pues las adaptaciones que cada país ha hecho del modelo de cortes de drogas impactan directamente en la forma en que operan los tribunales. Guzmán Rodríguez lo expresa en estos términos: “(las cortes de drogas) constituyen más un modelo que ofrece principios orientadores para la práctica, que una institución tipo, lo cual se ve reflejado en el hecho de que incluso en el interior de un mismo país es posible encontrar cortes de drogas que tienen procedimientos y estructuras disímiles entre sí” (Guzmán, 2012: p. 3).

Pese a las diferencias en la construcción institucional y operacional, las cortes de drogas tienen una finalidad común: ser una alternativa para el problema de delitos relacionados con drogas lícitas e ilícitas, para despresurizar los sis-

temas carcelarios y evitar la reincidencia y criminalidad de los sujetos. También tienen un medio común para lograr tal objetivo: insertan, de manera voluntaria —voluntaria porque puede optar por no hacerlo y cumplir la pena privativa de libertad— a la persona en un tratamiento para enfrentar su consumo problemático de la droga en cuestión. Así, cualquiera que sea la forma que adopte el modelo, siempre conjuga dos elementos: por un lado, un tratamiento para las adicciones y, por el otro, supervisión judicial.

Surgimiento de las cortes de drogas

Durante la década de los ochenta se registró en Estados Unidos un incremento en el consumo de cocaína, particularmente de una de sus variantes: el crack (Departamento de Justicia de Estados Unidos, 1991). A este periodo en el cual la adicción a dicha sustancia aumentó se le conoce como “epidemia del crack”. Con una mayor cantidad de usuarios de crack se registró también un aumento en los arrestos por consumo de drogas (Departamento de Justicia de Estados Unidos, 1992). Una primera reacción por parte de las autoridades ante este fenómeno fue la de llevar a cabo cambios legislativos para incrementar las sanciones por delitos de drogas, como la posesión y la venta (Oficina de Programas de Tribunales de Drogas, 1997); el resultado fue el acrecentamiento de la población en las prisiones del país, con las consecuencias que esto implicó para el sistema penitenciario en su conjunto. Entonces, comenzaron a aparecer propuestas para vincular el sistema de procuración de justicia a los programas de tratamiento para la adicción de dro-

gas y alcohol. De esta forma fue que surgió la idea de impulsar la creación de cortes o tribunales enfocados al tratamiento para la adicción de los acusados. El primer tribunal de tratamiento de drogas fue instalado en 1989, en Florida.

Con el paso de los años en Estados Unidos se crearon cortes de drogas para atender otros problemas específicos o dirigidos a determinados grupos. Por ejemplo, se han establecido programas especializados de cortes de drogas para mujeres. También han surgido cortes para poblaciones tribales, conductores en estado de ebriedad (*driving while intoxicated*, DWI), personas reincidentes, veteranos y cortes de salud mental. De esta manera, Estados Unidos cuenta con el mayor número de tribunales de tratamiento de drogas en el mundo. Según el Departamento de Justicia, actualmente están en funcionamiento más de 2,800 tribunales de drogas a lo largo del país, la mitad de ellos son para adultos.

Por lo demás, se debe dejar claro que las cortes de drogas en este país surgieron con la finalidad de enfrentar el consumo de drogas como conducta penal en sí misma, en un segundo momento, contribuir a la atención de las adicciones y a disminuir los delitos relacionados con el consumo de dichas sustancias.

Tribunales de drogas en América Latina

Distintos países de América Latina han adoptado el modelo creado y puesto en operación en Estados Unidos, de suerte que los tribunales de drogas se expanden en territorio latinoamericano. En 1986, la Asamblea General de la Organización de Estados Americanos (OEA, por sus siglas

en inglés) creó la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) como la agencia encargada de enfrentar el problema de esas sustancias. Su objetivo es “reducir la producción, tráfico y uso de drogas ilícitas, y encarar las consecuencias sanitarias, sociales y penales de la problemática de las drogas” (OEA). En este sentido, sus programas pretenden prevenir y tratar el abuso de drogas, reducir la oferta y disponibilidad de drogas ilegales, fortalecer las instituciones y mecanismos para el control de drogas, mejorar las leyes de control y su aplicación en el tema de lavado de activos, entre otras acciones.

Además del financiamiento de Estados Unidos, como se verá más adelante en el caso mexicano, la CICAD es uno de los principales impulsores del modelo de los tribunales de drogas en el continente americano. El propio organismo lo reconoce: “la OEA, a través de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas de la Secretaría de Seguridad Multidimensional trabaja para promover los tribunales de tratamiento de drogas bajo supervisión judicial como una alternativa al encarcelamiento en las Américas” (OEA).

Para ello, la CICAD creó el Programa de Tribunales de Tratamiento de Drogas, que ha sido la punta de lanza para la expansión de estos tribunales en la región. Según la CICAD, “en virtud del Programa de Tribunales de Tratamiento de Drogas para las Américas, países como Argentina, Barbados, Colombia, Costa Rica, República Dominicana, Jamaica, México, Panamá, Perú y Trinidad y Tobago actualmente exploran, implementan o expanden el modelo de tribunales de tratamiento de drogas. Es así que cada vez más

países se suman a otros de este hemisferio en el trabajo de hacer de este modelo de tratamiento bajo supervisión judicial una realidad firme, como en Estados Unidos, Canadá y Chile” (Cooper, 2013: p. 3).

La CICAD también ha impulsado la instalación de este tipo de tribunales en Brasil, Argentina, México, República Dominicana, Costa Rica y Barbados. Constantemente realiza talleres, foros, da capacitación a jueces y fiscales y asesora en general a los países para que instalen estos tribunales.

Crítica al modelo

Como se ha visto, las cortes de drogas surgieron como respuesta al fenómeno de aumento en los niveles de encarcelamiento por conductas vinculadas a drogas ilícitas. Algunos países las han importado para enfrentar las consecuencias que dicho fenómeno conlleva: saturación del sistema penal, hacinamiento, gastos económicos y sociales, reincidencia y exposición a redes criminales. Es innegable la necesidad de crear alternativas a la privación de la libertad para dichas conductas, sin embargo, este modelo dista mucho de ser la alternativa idónea pues nació en el marco del prohibicionismo y sigue reproduciendo sus premisas fundamentales, como la criminalización del consumo y la priorización del enfoque penal sobre el enfoque de salud.

El modelo tiene ciertos problemas de fondo. Primero, se funda en uno de los principales pilares de la política prohibicionista: castigar el uso de drogas, sea éste problemático o no. Hay que recordar que en Estados Unidos las cortes

de drogas nacieron con la finalidad de enfrentar el consumo de drogas como conducta penal en sí misma. Aunque algunas se enfocan solo en la atención de delitos vinculados al consumo, aún hay muchas cortes operando para personas cuyo único comportamiento delictivo es la posesión o consumo de alguna droga.

Segundo, el modelo de cortes de drogas presupone que existe un nexo necesario entre la comisión del delito y el consumo de la sustancia. Es decir, se hace una vinculación *a priori* entre ambas conductas, pese a que no existe una relación causal inequívoca entre ambos fenómenos⁴. En algunos casos, basta con que la persona esté bajo el influjo de alguna sustancia cuando cometió la conducta ilícita para que se considere que tiene consumo problemático. Así, las personas con consumos no problemáticos tendrán mayor posibilidad de concluir exitosamente el tratamiento que las que sí lo tienen. Debido a ello puede crearse un efecto perverso de “falsos positivos”, como se verá más adelante. Es decir, algunas cortes de drogas “han tendido a hacer muy exigentes sus criterios de elegibilidad, con lo cual excluyen a personas que requerirían especialmente del tratamiento por su nivel de consumo y sus escasos recursos, pero que al tiempo enfrenta-

rían más problemas para superar el tratamiento de manera exitosa” (Guzmán, 2012: p. 13). Algunos autores hablan de un fenómeno *cherry pick* (Drucker, en prensa: p. 8), según el cual las cortes tienden a seleccionar a los participantes con más posibilidad de éxito en el tratamiento.

Tercero, hay una paradoja subyacente en el modelo: por un lado, se ve a la persona como un sujeto irracional, enfermo y bajo el control de las drogas, y por otro lado, se le coloca como un actor racional que es capaz de dejar de consumir las de tajo. Un estudio de la Drug Policy Alliance lo expresa así: “los tribunales de drogas se basan en dos modelos contradictorios. El modelo de la enfermedad asume que las personas con un problema de adicción usan drogas compulsivamente —es decir, a pesar de sus consecuencias negativas. El modelo del actor racional, en el que subyacen los principios de la criminalidad, asume que las personas sopesan los beneficios de sus acciones en contra de las posibles consecuencias de esas acciones” (2011, p. 16). Se trata de dos conceptos incompatibles que inevitablemente entran en conflicto. Según Guzmán Rodríguez, “mientras el tratamiento se fundamenta en el modelo de la enfermedad, al sumir que las personas que tienen consumos problemáticos

⁴ Esta relación causal no está del todo probada, uno de los estudios más frecuentemente citados por los partidarios de las cortes de drogas es el de Goldstein, que establece un modelo entre la relación de drogas y violencia (no delitos en general) en el contexto de la epidemia del crack. Goldstein presenta tres tipos de relación entre droga y violencia: la violencia sistémica, la violencia económico-compulsiva y la violencia psicofarmacológica. Véase Goldstein, P. J., 1985. “The Drugs/Violence Nexus: a Tripartite Conceptual Framework”, en *Journal of Drug Issues*, pp. 493-506. Por otro lado, existen diversos estudios que intentan mostrar la relación entre el consumo de drogas y el aumento en la probabilidad de ser detenido. Por ejemplo, Menard, S., Mihalic, S. y Huizinga, D. 2001. *Drugs and Crime Revisited. Justice Quarterly*.

deben ser tratadas como si tuvieran una enfermedad, la judicialización tiene como presupuesto teórico del actor racional, que puede hacer un cálculo claro en relación con la comisión del delito y representarse las consecuencias potenciales de sus actos” (Guzmán, 2012: p. 12).

Cuarto, la derivación hacia el tratamiento a través de canales judiciales tiende a privilegiar el acceso al mismo para las personas en conflicto con la ley, en detrimento de quienes sí tienen un problema con su consumo. Así, las cortes de drogas “ofrecen un potencial beneficio a las personas que han cometido delitos de baja gravedad relacionados con el consumo de droga y que en la práctica quienes resultan efectivamente excluidos son las personas que tienen en general más dificultades para acceder a otros espacios de tratamiento, como la población pobre y quienes pertenecen a minorías étnicas tradicionalmente discriminadas” (Guzmán, 2012).

Quinto, el tratamiento que se ofrece tiene como eje la abstención, ignorando que hay casos que pueden abordarse mejor por medio de otro tipo de intervenciones, como los tratamientos sustitutivos o los que ayudan al manejo del consumo para que deje de ser problemático. La mayoría de las cortes excluyen el tratamiento de mantenimiento con metadona (MMT, por sus siglas en inglés) y el tratamiento con suboxona. Ceste y Catania (2013), investigadoras que encabezaron un estudio al respecto, llevaron a ca-

bo entrevistas al personal de cortes de drogas y proveedores de tratamiento y notaron que “el tratamiento con metadona es estigmatizado y pobremente comprendido por el personal de las cortes de drogas”⁵. Sostienen que esta práctica y las barreras de acceso al MMT pueden constituir discriminación hacia quienes que necesitan dicho tratamiento (como los dependientes a opiáceos). En el mismo sentido, Ernest Drucker señala que el tratamiento sustitutivo es prácticamente inexistente en el marco de las cortes de drogas (Drucker: p. 2).

Sexto, la judicialización del tratamiento continúa dando una respuesta judicial a un problema de salud. El juez se convierte en un actor fundamental en el tratamiento. Pese a que hay un equipo de apoyo en la materia, el juez es quien toma en última instancia determinaciones respecto al tratamiento. Es decir, se presupone que los jueces son agentes que pueden encargarse de derivar y abordar problemas de salud. En este sentido, “al ser una aproximación judicial, tendería a reproducir la lógica y selectividad propia del sistema penal (...) en el fondo, el enfoque de salud pública termina por perderse en medio de los procedimientos judiciales” (Guzmán, 2012: p. 12).

Séptimo, el carácter voluntario del tratamiento está en duda. Al respecto, Drucker comenta que “la decisión de someterse a tratamiento podría no ser completamente voluntaria, con el elemento subyacente de la coerción y la ame-

⁵ Hay un estudio de caso de Nueva York donde se aborda dicho problema (traducción propia) (Csete y Catania, 2013).

naza de perder la libertad” (Drucker: p. 2). En el mismo sentido, Guzmán señala: “es difícil definir estos tratamientos como voluntarios, pues en caso de rechazarlo, fallar o incumplir con las condiciones establecidas por la corte, la persona será privada de la libertad sin que existan otras alternativas” (2012: p. 8). Es decir, la voluntariedad del tratamiento recae en elegir entre someterse a éste o ir a la cárcel.

Octavo, siguen criminalizando el consumo y a los consumidores, especialmente, las cortes en las que se admite como conducta delictiva el mero consumo y posesión de drogas. Es muy probable que haya un aumento en la persecución de estas conductas y tiende a incrementar el número de usuarios de drogas enviados a la prisión (Drucker: p. 9). “La lógica que opera es que al aumentar la oferta de justicia, aumentan los arrestos, pues los policías serían más proclives a capturar a las personas por conductas poco graves relacionadas con drogas” (Guzmán, 2012: p. 13)⁶.

Noveno, no solucionan el problema de la saturación de las instituciones judiciales. Todos los actores involucrados a lo largo de la cadena, como son policías, fiscales y jueces, seguirán teniendo que atender estos casos. Incluso, lejos de disminuir la carga, puede incrementarla por el aumento en la persecución de la cual se acaba de hablar.

Décimo, otra contradicción del modelo es que se acepta que esas personas no deberían estar en la cárcel y podrían recibir otra sanción, pe-

ro si no logran culminar con éxito el programa, esa es la sanción que reciben. Quienes son expulsados del tratamiento quedan en una peor situación pues viven una especie de “doble sanción”. Además, suman un costo económico doble para el sistema (el del tratamiento incompleto y el del proceso penal que debe llevar a su fin).

En el caso de Estados Unidos, desde la aparición de las cortes de drogas el modelo se ha ido fortaleciendo. No solo existe un gran número de estos tribunales, sino que se han creado cortes especializadas para atender problemas específicos y poblaciones de manera focalizada. También se ha creado una estructura de capacitación a nivel nacional que generó un equipo técnico especializado que es capaz de soportar la operación de las cortes. Además, hay un soporte institucional desde el gobierno y desde asociaciones de profesionales de las cortes, que colaboran con universidades para llevar a cabo evaluaciones continuas que soporten la continuidad de dicho programa.

Aun así, cabe decir que las cortes de drogas en aquel país operan de manera muy distinta en los diferentes estados donde se encuentran, por ejemplo, muchas cortes de drogas en Estados Unidos siguen enfocándose en atender los casos de simple posesión o consumo. Es decir, son mecanismos que reproducen y perpetúan la criminalización de usuarios, independientemente de que hayan cometido otra conducta delictiva.

⁶ El fenómeno se ha documentado en varios lugares. La autora hace particular referencia al caso de Denver donde hubo un aumento en este tipo de arrestos luego de la instalación de las cortes de drogas.

Las cortes de drogas fueron creadas en un sistema jurídico muy distinto al de los países latinoamericanos y están siendo importadas por países con tradiciones jurídicas y sistemas de justicia que funcionan de manera diferente al país de origen. Por ello, además de todos los problemas estructurales del modelo, su traslado a países de América Latina presenta dificultades adicionales en la operación (Guzmán, 2012; Drucker).

Por un lado, los países de la región tienen ciertos problemas comunes en su dimensión penal de la política de drogas en su marco normativo, el funcionamiento de su sistema de justicia penal y su sistema penitenciario y de readaptación social. Algunas de estas características son la desproporcionalidad de las penas, tipificaciones inadecuadas de los delitos, criminalización de los usuarios, persecución penal que tiende a enfocarse en personas en situación de vulnerabilidad, fenómeno de mujeres pobres que trabajan como “mulas” (micro comercializadoras), hacinamiento, infraestructura deficiente, entre otras (Pérez, 2012; Armenta y Pien, 2011). Incluso, muchas veces, aunque no se penalice la posesión y consumo de drogas, prevalece la criminalización de usuarios: “aun en países donde el consumo de dichas sustancias no es criminalizado, con frecuencia los consumidores son tratados como criminales” (Pérez y Youngers, 2014, p. 6). Esto, además de la estigmatización, discriminación y violación de sus derechos fundamentales, saturación de las instancias de seguridad pública y el sistema penal y rezago de los sistemas de impartición de justicia.

Por otra parte, las políticas de salud pública de la región enfocadas en el tema de drogas también tienen características comunes: son escasas e insuficientes, no distinguen entre los diferentes tipos de consumos y de consumidores y tampoco dan respuestas diferenciadas para las diversas sustancias; predominan modelos de tratamientos basados en la abstinencia; no incorporan el principio de reducción de riesgos y daños; las respuestas de salud son mucho menores que la respuesta penal (Pérez y Youngers, 2014). En general, “han adoptado una interpretación estrecha con respecto a sus responsabilidades sobre el derecho a la salud, especialmente frente a quienes consumen drogas” (Pérez y Youngers, 2014: p. 164).

Ante este panorama, Guzmán Rodríguez, quien ha estudiado ampliamente el modelo, sugiere repensar la adopción de los tribunales de drogas en América Latina y mejor plantear otras alternativas. En sus palabras, “los gruesos problemas que tiene el modelo, tanto teóricos como prácticos, sugerirían en su conjunto que resulta más adecuado para los países de América Latina explorar otras alternativas a la privación de la libertad y, en todo caso, adoptar un conjunto de reformas que permitan que haya una oferta amplia y accesible a tratamientos científicamente fundados, que permitan enfrentar los problemas derivados del consumo problemático de drogas sin reproducir los problemas del modelo prohibicionista clásico” (Guzmán, 2012: p. 2).

Las cortes de drogas no son una solución definitiva ni única a los problemas asociados con los delitos de drogas y no deben ser vistos co-

mo una respuesta de salud. Se trata de una respuesta penal que: 1) seguirá ocupando a las instancias de seguridad pública y a las fiscalías; 2) seguirá exponiendo a usuarios a extorsión y corrupción; 3) no quitará carga a los sistemas de impartición de justicia y 4) no despresurizará los sistemas carcelarios pues el número de casos en prisión que pueden evitar es limitado.

Respecto al tratamiento, éste no debe ser judicializado, puesto que aleja a los usuarios que de verdad lo necesitan de la posibilidad de acceder a él y puede resultar en violaciones a sus derechos humanos. Pese a ello, lo cierto es que, a excepción de Colombia, los países de América Latina ya contemplan actualmente dentro de sus legislaciones la imposición de tratamiento obligatorio en ciertos supuestos (Colectivo de Estudios Drogas y Derecho).

Además, resulta complicado pensar que un sistema de judicialización del tratamiento pueda ser exitoso en un contexto en el que los países no cuentan con una oferta suficiente ni adecuada del mismo. Los países de la región no tienen tratamiento necesario para satisfacer la demanda de tratamiento voluntario, menos la tienen para enfrentar el mandado. Es necesario que, al pensar en introducir el modelo de cortes de drogas, los países cuenten con tratamiento suficiente, respaldado científicamente, voluntario y adecuado a las distintas necesidades de las personas (Guzmán, 2012: p. 15).

Implantar una institución creada en un sistema distinto al de estos países puede tener muchas complicaciones, no solucionar los problemas que motivaron su creación y resultar

violatorio de los derechos humanos. Las alternativas a la privación de la libertad que se constriñan deberían plantearse e implementarse de acuerdo a los contextos sociales, políticos y económicos particulares de los lugares donde se ubicarán. También se deben atender los patrones de consumo de la población y las características específicas de la relación drogas y delito que existen en un lugar y tiempo determinados.

Asimismo, es necesario mencionar las dificultades metodológicas que hay para tal efecto. Por un lado, las cortes casi no son evaluadas por entes externos, sino que muchos de los estudios en torno a los resultados de su operación son realizados por las propias cortes o las instituciones que las promueven (Guzmán, 2012: p. 10). Hacer estudios independientes resulta sumamente complicado ya que cada estudio tiene metodologías distintas, aunado a las diferencias institucionales que existen entre las cortes, incluso, de un mismo país. Como menciona Drucker, “las diferencias sustanciales en los procedimientos de las cortes de drogas tienen gran impacto en nuestra capacidad para evaluarlas y delinear comparaciones válidas entre los diferentes sistemas y jurisdicciones legales en las cuales operan” (Drucker: p. 2). Por lo cual, sería conveniente que las cortes también hagan públicos sus resultados periódicamente y que cuenten con paneles externos que realicen una evaluación constante de sus resultados.

TRIBUNALES DE DROGAS EN MÉXICO

Antecedentes

Un antecedente directo de la introducción del modelo de tribunales de drogas en México es la creación de la iniciativa de la Cumbre América Latina, el Caribe y la Unión Europea (EU-LAC, por sus siglas en inglés) “Alianza de ciudades en tratamiento de drogas”, un proyecto ejecutado por la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) de la Organización de los Estados Americanos y financiada por la Unión Europea. Se trata de una red de ciudades, cuyo objetivo es “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 drogas para poblaciones diversas de la Unión Europea, de América Latina y el Caribe, a efectos de asegurar una atención adecuada” (EU-LAC, Drug Treatment City Partnerships). Uno de sus objetivos específicos es, justamente, generar alternativas de tratamiento al encarcelamiento de consumidores de drogas. La Alianza pretende “sensibilizar a fiscales y jueces de familia en relación con el tratamiento y la rehabilitación en dependencia de

drogas como alternativa al encarcelamiento por aquellos delitos menores vinculados a las drogas” (EU-LAC, Drug Treatment City Partnerships).

Fue precisamente en el primer foro organizado por dicha alianza que surgió el proyecto de la instalación de los tribunales de drogas en México. A invitación de la OEA y la CICAD, en abril de 2008 funcionarios de la Procuraduría General de la República y del sector salud acudieron al Primer Foro Interregional de Ciudades EU-LAC: Políticas Públicas en Tratamiento de Drogas en Santo Domingo, República Dominicana. También acudieron algunos integrantes de asociaciones civiles y funcionarios del gobierno municipal de Mexicali, Baja California. En uno de los paneles de discusión dentro del Foro, denominado “Alternativas de tratamiento al encarcelamiento (tratamiento bajo supervisión judicial)” (EU-LAC, *Políticas Públicas en Tratamiento de Drogas en Santo Domingo*), distintos países descubrieron sus experiencias con este tipo de tribunales. Así comenzó el interés del Gobierno Federal por importar el modelo a México (García, 2012)⁷.

⁷Al respecto, la directora general de Cooperación y Coordinación de la Comisión Nacional contra las Adicciones, señala: “Este proyecto [los tribunales de tratamiento de drogas en México] surge como una iniciativa del Gobierno Federal derivada de la participación de funcionarios de la Procuraduría General de la República (PGR) y del Sector Salud, en el Primer Foro de Ciudades de Europa, América Latina y el Caribe EU-LAC” y continúa: “al presentar este esquema los beneficios ya mencionados, así como una nueva perspectiva de vinculación entre el Sector Salud y el Sector Justicia, se identificó como un mecanismo novedoso y con resultados contundentes en la atención del tema delictivo en el que se involucran personas con problemas de adicción” (García, 2012: p. 169).

Etapa de diagnóstico

La etapa de diagnóstico y viabilidad para determinar en qué entidad federativa se instalaría el primer Tribunal para el Tratamiento de Adicciones estuvo a cargo del gobierno federal. Según la entonces directora general de Cooperación y Coordinación de la Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC), distintas dependencias federales participaron en el análisis de los temas relacionados con la operación del modelo por parte de distintas dependencias federales. La funcionaria refiere que la CONADIC realizó un análisis de la capacidad de los servicios de tratamiento en las entidades federativas; sin embargo, según la propia institución, dicho documento no existe⁸. La misma funcionaria también afirmó que el Centro Nacional de Análisis, Planeación e Información para el Combate a la Delincuencia (CENAPI) hizo un análisis en torno a la relación entre comisión de delitos y consumo de sustancias. El CENAPI estudió, a nivel nacional y estatal,

la incidencia delictiva y su relación con el consumo de drogas (García, 2012)⁹; la relación de la primera con el índice de sobrepoblación carcelaria y el tema del consumo de drogas en el interior de los centros penitenciarios (García, 2012)¹⁰. No obstante, el CENAPI señaló que dicha información es inexistente¹¹, así que no hay certeza de que el análisis se haya realizado. Es decir, al parecer el análisis de viabilidad no contempló ciertos aspectos, sino que se privilegió el criterio de factibilidad técnico jurídico. Esto es, se analizó el marco legal e institucional de las entidades federativas para determinar si éste era compatible con el modelo de tribunales de drogas. La CONADIC así lo confirmó: “el criterio para determinar el establecimiento de los TTA, fue el avance en la implementación del Sistema Acusatorio Penal, conforme a la información del Sistema de Justicia Penal y la Secretaría de Gobernación”¹².

⁸ Respuesta a solicitud de información 0001200070215.

⁹ “En ese entonces, de acuerdo con datos de 2008 del Sistema Nacional de Seguridad Pública a nivel nacional la comisión de delitos cometidos por personas bajo el influjo de alcohol y/o estupefacientes o con la finalidad de obtener recursos para adquirirlos, alcanzaba un promedio de 60 % y más de 50 % de estos delitos cometidos, correspondían a delitos no graves, en su mayoría de carácter patrimonial, tales como robo simple, daño en propiedad ajena y otro delitos menores; los cuales son consignados y, en la mayoría de los casos, se dicta auto de formal prisión, remitiéndolos en consecuencia a prisión preventiva. Los datos mostraron que la mayoría de estos consignados son primodelincentes. Lo anterior impacta directamente en la situación penitenciaria, toda vez que contribuye a la sobrepoblación de los centros penitenciarios” (García, 2012; p. 170).

¹⁰ “En este sentido, para el año 2009, a nivel nacional 94.88 % de los presos consumieron drogas, es decir, de los 224,749 reos que había en las 431 cárceles del país, 213,242 consumieron drogas. De igual manera el delito que presentó el porcentaje más alto de internos con dependencia a alguna droga a nivel nacional (más de 50 %), es el robo (simple y con violencia). Asimismo, 41 % de los internos no habían sido sentenciados; lo que impide que formen parte de alguno de los programas de reinserción en el interior de las prisiones”. (García, 2012; p. 170).

¹¹ Respuesta a solicitud de información 0001700081915

¹² Respuesta a solicitud de información 0001200070215.

La viabilidad técnico jurídica fue un aspecto muy importante a considerar, especialmente, porque está relacionada con dos temas fundamentales para la instalación de un Tribunal para el Tratamiento de las Adicciones. Por un lado, los juicios orales, debido al tipo de interacción juez-participante que los tribunales de drogas requieren y por otro, la suspensión condicional del procedimiento a prueba, que es la figura bajo la que operan (García, 2012)¹³.

En este sentido, cabe señalar que Nuevo León fue uno de los primeros estados en comenzar una reforma en su sistema de justicia penal, pues desde 2004¹⁴ transitó hacia un modelo penal acusatorio que incluyó, gradualmente, elementos como juicios orales y medidas alternativas de solución de conflictos¹⁵. Para ello, el 28 de julio de 2004 reformó su Código de Procedimientos Penales. Todo esto, incluso antes de la reforma de 2008 en la materia a nivel federal (Poder Judicial de la Federación, 2011)¹⁶. Así, en enero de 2009, comenzaron las gestiones para la puesta en marcha del programa.

Si bien el avance de la entidades en implementación de la reforma penal es un criterio fun-

damental para la determinación de en qué estados se instalará un TTA, no es el único aspecto relevante para tomar una decisión de esta naturaleza. Existen muchos otros factores importantes que deberían tomarse en cuenta. Por ejemplo, información acerca de la relación entre consumo y comisión de delitos en cada estado, análisis de los diferentes tipos de consumo y de consumidores y oferta de tratamiento, solo por mencionar algunos.

Primera etapa de implementación: programa piloto en Nuevo León

En 2009 comenzaron los trabajos de todo tipo en lo referente al diseño e instalación del Programa Piloto del Tribunal para el Tratamiento de Drogas en Nuevo León. Participaron instancias de distintos niveles de gobierno. Del Gobierno Federal, participaron miembros de la Dirección Ejecutiva de Reducción de la Demanda de Drogas del CENAPI, PGR y funcionarios de la Secretaría de Salud, así como integrantes del Poder Judicial Federal. Del gobierno de Nuevo León, estuvieron presentes representantes de distintas instituciones del estado, como el Tribunal Su-

¹³ “(La existencia de) la oralidad en los juicios y la suspensión del procedimiento a prueba del procesado, que permitiera no realizar reformas largas y engorrosas en los códigos penales para la implementación del modelo” (García, 2012: p. 169).

¹⁴ Decreto No. 118 por el que se reforma el Código de Procedimientos Penales de Nuevo León, 28 julio de 2004.

¹⁵ La Ley de Métodos Alternos para la Solución de Conflictos del Estado de Nuevo León, se publicó en el 25 de enero de 2005.

¹⁶ “En México llega esta caravana de transición de justicia penal hasta junio de 2008, con una *vacatio legis* de ocho años para su implementación en todos los estados de la República Mexicana, conforme a lo señalado en los artículos transitorios de la reforma constitucional. No obstante, ciertas entidades federativas se adelantaron a la reforma penal e implantaron el sistema acusatorio en su estado: Nuevo León (2004), Chihuahua (2006), Oaxaca (2007), Morelos (2007). Lo anterior revela que hemos comenzado tardíamente, no solamente en toda América Latina, sino dentro del propio Gobierno Federal” (Poder Judicial de la Federación, 2011: p. 147).

perior de Justicia, la Procuraduría General de Justicia, el Instituto de Defensoría Pública, la Secretaría de Salud y la Secretaría de Seguridad Pública (García, 2012: p. 171). Además, el Gobierno Federal, organismos internacionales y el gobierno de Estados Unidos proporcionaron asistencia técnica y capacitación. También, la Secretaría de Salud, mediante la CONADIC, brindó apoyo en materia de tratamiento y, como en muchos países de la región, la OEA, a través de la CICAD propició el acercamiento del gobierno mexicano con especialistas en la materia “a través de la invitación a los seminarios del proyecto EU-LAC, especializados en el tema y realizados en Santiago de Chile y en Gante, Bélgica¹⁷, en 2009, donde se tuvo la oportunidad de visitar sus cortes y, sobre todo, de interactuar con los responsables de los programas en cada país” (García, 2012: p. 172).

También hubo colaboración de distintas instituciones del gobierno estadounidense, como la Office of National Drug Control Policy (ON-DPC), que envió jueces y especialistas para capacitar al personal; el Departamento de Estado (García, 2012)¹⁸, mediante la Embajada en México y la National Association of Drug Court Pro-

fessionals (NADCP). Adicionalmente, como se detallará más adelante, el gobierno estadounidense participa con recursos de la “Iniciativa Mérida”¹⁹ en el financiamiento de los tribunales de drogas en nuestro país.

Finalmente, el Programa Piloto “Juzgado Especializado para el Tratamiento de Adicciones en Nuevo León”, comenzó a operar el 1 de septiembre de 2009, dentro del Juzgado de Preparación de lo Penal del Segundo Distrito Judicial, con sede en el municipio de Guadalupe.

Segunda etapa de implementación: expansión del modelo

Si bien el Gobierno Federal participó en la introducción del modelo de tribunales de drogas en México, la instalación del programa piloto en Nuevo León estuvo coordinada, primordialmente, por las autoridades locales. Es decir, aunque hubo participación técnica y diplomática del gobierno federal, el surgimiento de los tribunales de drogas en México se dio fundamentalmente en el ámbito local. La expansión del modelo en este sexenio, en cambio, viene impulsada desde el ámbito federal. El giro se dio en 2013, a partir de

¹⁷ Realizados en el marco de las acciones colaborativas del Grupo 3 de Ciudades de la Alianza EU-LAC. OEA, “Alternativas de tratamiento al Encarcelamiento”. Disponible en: http://www.cicad.oas.org/Main/Template.asp?File=/reduccion_demanda/eulac/results/colacts/group3_spa.asp [fecha de consulta: febrero de 2015].

¹⁸ Por dicho conducta, “se gestionaron visitas a diferentes Cortes de Tratamiento de Drogas y proveedores de tratamiento en San Diego, California y San Antonio, Texas, donde se observaron los procedimientos precisos y se tuvo contacto directo con los profesionales a cargo del tema” (García, 2012: p. 172).

¹⁹ En adelante Iniciativa Mérida.

los trabajos de la Subsecretaría de Prevención y Participación Ciudadana, de la Secretaría de Gobernación en conjunto con la Comisión Nacional contra las Adicciones, de la Secretaría de Salud.

Ambas secretarías se han encargado de la difusión y promoción del modelo con las autoridades estatales. Para ello, presentan a los Tribunales para el Tratamiento de Adicciones como un “mecanismo de justicia alternativa para primodelincuentes cuyo delito se encuentre relacionado con el abuso o dependencia de sustancias” (Segob y Secretaría de Salud, 2012). A decir de ambas instancias, los TTA tienen el objetivo de utilizar nuevos mecanismos para resolver conflictos penales, reducir el consumo de drogas, disminuir la reincidencia delictiva, reintegrar al individuo a su familia y comunidad y articular los recursos existentes del Estado²⁰.

Oficialmente, estos tribunales surgen para enfrentar tres problemas: primero, el “alto porcentaje de la población infractora que comete delitos menores y que presenta uso, abuso o dependencia a sustancias adictivas” (Segob y Secretaría de Salud, 2012). La relación entre el consumo de sustancias y conductas delictivas, a decir de la Secretaría de Salud, se infiere que “56.6 % de

los internos afirmó haber consumido alguna sustancia, legal o ilegal, durante las 6 horas previas al delito”, “60 % de los delitos del orden común tienen relación con el consumo de sustancias psicoactivas” y “el consumo de alcohol y drogas se encuentra entre las cinco principales causales de la comisión de conductas delictivas”²¹. Según la Secretaría, una de las maneras de enfrentar el fenómeno delictivo relacionado con el consumo de sustancias es mediante una intervención directa en los implicados en este tipo de situaciones. La intervención elegida fue justamente el modelo de cortes de drogas fundado en la experiencia estadounidense y en el modelo de justicia terapéutica que representan.

El segundo problema es la insuficiencia de los programas de rehabilitación y reinserción en los centros penitenciarios y la inexistencia de seguimiento a las medidas que se imponen cuando los internos salen. Por último y tercer problema, el hecho de que las medidas impuestas (penas privativas de la libertad) han impactado negativamente en primodelincuentes con problemas de adicción.

Además, se ha enfatizado la supuesta ventaja económica de los tribunales de drogas. Según

²⁰ Respuesta a solicitud de información 000040021864 y Segob y Ssa, 2012.

²¹ Según la Secretaría, las fuentes de dicha información son los *Resultados de la Primera Encuesta realizada a Población Interna en Centros Federales de Readaptación Social* (2012) y el *Reporte estadístico de las principales causales de conductas ilícitas*, INEGI 20 (Santamaría, 2014).

han dicho, es mucho más oneroso enviar a una persona a la cárcel que hacerla participante de un TTA. Al respecto, en la inauguración del TTA de Morelos, el gobernador del estado afirmó: “hoy gastamos 250 mil pesos anuales manteniendo en reclusión a una persona, cuando podemos invertir 25 mil a 60 mil pesos al año en la rehabilitación de una persona. Es mejor rehabilitar que encerrar” (*Reforma*, 2014).

La viabilidad de la expansión del modelo se explica a partir de un conjunto de reformas legales en materia de justicia penal, incluso previas a la actual administración federal. Así, el 18 de junio de 2008, se publicó en el *Diario Oficial de la Federación* el decreto por el que se reformaron y adicionaron diversas disposiciones de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos²². Siete de los diez artículos modificados conformaron la reforma del sistema de justicia penal mexicano, con lo que comenzó el tránsito de un modelo predominantemente inquisitivo a uno acusatorio (Ferrajoli, 1995)²³. Ello implicó la inclusión de los principios de publicidad, contradicción, concentración, continuidad e inmediatez como ejes rectores del nuevo sistema penal para hacerlo más garantista. La propia reforma

contempló en sus artículos transitorios, que las entidades federativas tendrían ocho años (hasta junio de 2016) para realizar los cambios legislativos y las acciones pertinentes para implementar el nuevo sistema de justicia penal.

Algunas de los principales cambios de esta reforma fueron la introducción de la oralidad de los juicios, derechos del imputado y del ofendido, la inclusión de la figura de jueces de control y de ejecución de sentencias, mejoramiento del sistema de defensoría pública, juicios públicos, un régimen específico en materia de delincuencia organizada y la creación de mecanismos alternos para la solución de controversias. El párrafo cuatro del artículo 17 constitucional previó la existencia de estos últimos mecanismos: “las leyes preverán mecanismos alternativos de solución de controversias. En materia penal regularán su aplicación, asegurarán la reparación del daño y establecerán los casos en los que se requerirá supervisión judicial”. Es éste el fundamento constitucional de la instalación de los tribunales de drogas en nuestro país.

A la reforma constitucional le siguieron reformas a ordenamientos secundarios. El 5 de marzo de 2014 se publicó en el *Diario Oficial de la Fe-*

²² Se reformaron los artículos 16, 17, 18, 19, 20, 21 y 22; las fracciones XXI y XXIII del artículo 73; la fracción VII del artículo 115 y la fracción XIII del apartado B del artículo 123. Decreto disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/dof/CPEUM_ref_180_18jun08_ima.pdf [fecha de consulta: marzo de 2015].

²³ Ferrajoli ha distinguido ambos sistemas de la siguiente forma: “Se puede llamar acusatorio a todo sistema procesal que concibe al juez como sujeto pasivo rígidamente separado de las partes y al juicio como una contienda entre iguales iniciada por la acusación, a la que le compete la carga de la prueba, enfrentada, a la defensa en un juicio contradictorio, oral y público y resuelta por el juez según su libre convicción. A la inversa llamaré inquisitivo a todo sistema procesal donde el juez procede de oficio a la búsqueda, recolección y valoración de pruebas, llegándose al juicio después de una instrucción escrita y secreta de la que están excluidos o, en cualquier caso, limitados la contradicción y los derechos de defensa” (Ferrajoli, 1995).

deración el Código Nacional de Procedimientos Penales (CNPP)²⁴, que en adelante rige todos los procedimientos penales del país, a nivel federal y local. Es en este ordenamiento que se encuentra el fundamento legal de la operación de los tribunales de drogas en nuestro país.

Entre muchos otros aspectos, el nuevo Código Nacional incluyó la figura de suspensión condicional del proceso (Capítulo III, Título I. Soluciones Alternas y Formas de Terminación Anticipada, Libro Segundo del Procedimiento). Según el artículo 191 del CNPP, “por suspensión condicional del proceso deberá entenderse el planteamiento formulado por el Ministerio Público o por el imputado, el cual contendrá un plan detallado sobre el pago de la reparación del daño y el sometimiento del imputado a una o varias de las condiciones que refiere este Capítulo, que garanticen una efectiva tutela de los derechos de la víctima u ofendido y que en caso de cumplirse, pueda dar lugar a la extinción de la acción penal”.

Así, por un lado, esta figura está concebida como una forma de evitar la saturación del sistema de justicia penal, pues una vez que las condiciones establecidas por el juez, al igual que el plan preparatorio hayan sido cumplidos por el imputado, se extinguirá la acción penal, por lo que el juez debe decretar el sobreseimiento del caso.

De esta forma lo expresó el legislador en el documento de dictaminación del CNPP: “la aplicación tanto de los acuerdos reparatorios como de la suspensión condicional del proceso, son mecanismos necesarios para prevenir una posible saturación del sistema de justicia penal, procurando la resolución del conflicto penal sin llegar a un juicio” (Suprema Corte de Justicia, 2014).

La suspensión condicional del proceso se introdujo en el CNPP para casos en los que se haya dictado auto de vinculación al proceso y por un delito cuya media aritmética de la pena de prisión no exceda cinco años, siempre y cuando no exista oposición fundada del Ministerio Público (MP) o la víctima. Procede a solicitud del propio imputado o del MP con acuerdo de aquél, con excepción de los casos en que el imputado haya incumplido una suspensión condicional del proceso previamente (salvo que hayan transcurrido cinco años) (artículo 192). Se puede solicitar en cualquier momento hasta antes de la apertura de juicio (artículo 193).

El juez de control es el encargado de fijar el plazo de la suspensión condicional del proceso en cada caso, que puede ir de seis meses hasta tres años, máximo. El mismo juez es el encargado de determinar cuál o cuáles son las condiciones que deberá cumplir el imputado. El CNPP, en su artículo 135 establece de manera enun-

²⁴ Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/CNPP_291214.pdf.

ciativa, no limitativa, dichas condiciones²⁵. Una de ellas es la de “abstenerse de consumir drogas o estupefacientes o de abusar de las bebidas alcohólicas” (artículo 195, III) y otra es la de “participar en programas especiales para la prevención y el tratamiento de las adicciones” (artículo 195, IV). En todos los casos, el juez debe preguntar al imputado si se obliga a cumplir con las condiciones impuestas y deberá prevenirlo sobre las consecuencias de la inobservancia de las mismas. Además, puede disponer que el imputado se someta a una evaluación previa (artículo 199).

Por otro lado, la suspensión del proceso a prueba surge en el marco de la denominada justicia restaurativa. Esta última implica una visión más amplia del fenómeno delictivo, pues su ob-

jetivo principal es concentrarse en la reparación de los efectos que la comisión del delito generó en la víctima, haciendo cargo de su responsabilidad al ofensor y reintegrando a ambos sujetos a la comunidad²⁶. Así, el CNPP establece que en la audiencia en la que se resuelva sobre la solicitud de suspensión condicional del proceso, el imputado deberá plantear, un plan de reparación del daño causado por el delito y plazos para cumplirlo.

La figura procesal de suspensión del proceso a prueba posibilitó la instalación de los TTA en todos los estados, pues fijó las bases sobre las cuales pueden operar. A partir de esto, el Gobierno Federal, a través de la Secretaría de Gobernación y la Secretaría de Salud, ha intentado establecer los

²⁵ Artículo 195. Condiciones por cumplir durante el periodo de suspensión condicional del proceso.

El juez de control fijará el plazo de suspensión condicional del proceso, que no podrá ser inferior a seis meses ni superior a tres años, y determinará imponer al imputado una o varias de las condiciones que deberá cumplir, las cuales en forma enunciativa más no limitativa se señalan:

- I. Residir en un lugar determinado;
- II. Frecuentar o dejar de frecuentar determinados lugares o personas;
- III. Abstenerse de consumir drogas o estupefacientes o de abusar de las bebidas alcohólicas;
- IV. Participar en programas especiales para la prevención y el tratamiento de adicciones;
- V. Aprender una profesión u oficio o seguir cursos de capacitación en el lugar o la institución que determine el juez de control;
- VI. Prestar servicio social a favor del Estado o de instituciones de beneficencia pública;
- VII. Someterse a tratamiento médico o psicológico, de preferencia en instituciones públicas;
- VIII. Tener un trabajo o empleo, o adquirir, en el plazo que el juez de control determine, un oficio, arte, industria o profesión, si no tiene medios propios de subsistencia;
- IX. Someterse a la vigilancia que determine el juez de control;
- X. No poseer ni portar armas;
- XI. No conducir vehículos;
- XII. Abstenerse de viajar al extranjero;
- XIII. Cumplir con los deberes de deudor alimentario, o
- XIV. Cualquier otra condición que, a juicio del juez de control, logre una efectiva tutela de los derechos de la víctima.

²⁶ Véase. Pérez Saucedo, José Benito y Zaragoza, José. 2011. “Justicia Restaurativa: Del castigo a la reparación”, en *Entre la Libertad y el Castigo: Dilemas del Estado Contemporáneo*. México: UNAM, pp. 639-654.

estándares mínimos por medio de los cuales deben operar los TTA en las entidades federativas.

Así, un Tribunal para el Tratamiento de Adicciones en México está concebido como un “mecanismo de justicia alternativa que permite que una persona que cometió un delito no calificado como grave y que se acredite que este hecho está vinculado con el abuso o dependencia a alguna sustancia, se someta a un tratamiento de atención a las adicciones en lugar de que sea sancionado con pena privativa de la libertad. El tratamiento se efectuará bajo supervisión judicial, directa y periódica; a través de un esquema de coordinación entre el Sistema de Salud y el Sistema de Seguridad y Justicia [sic]” (Santamaría, 2014). Cabe aclarar que los tribunales para el tratamiento de adicciones no son tribunales especiales. Se trata más bien de un programa que opera dentro de los juzgados previamente establecidos y en el que colaboran diversas dependencias dentro de las distintas etapas. Las audiencias se llevan a cabo como parte de los trabajos de los juzgados de control o garantías bajo la figura procesal que ya se ha comentado.

En varias oportunidades, funcionarios de la Secretaría de Gobernación han aclarado que el modelo de tribunales de drogas que se ha adoptado en México no busca perseguir el consumo de drogas en sí mismo. Desde la Segob se ha dicho reiteradamente que los TTA en México no están enfocados en criminalizar el consumo de drogas y que “no tienen relación con la llamada ley de narcomenudeo”²⁷.

El Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 ya establecía la necesidad de impulsar mecanismos como la suspensión condicional del proceso como un medio para descongestionar el sistema de justicia penal. De acuerdo con el documento: “para la presente administración es prioritario impulsar la reforma al Nuevo Sistema de Justicia, que se caracteriza por la oralidad, transparencia, mediación, conciliación, reparación del daño y por garantizar los derechos humanos tanto de la víctima como del imputado. En este sistema existen medios alternativos de solución de conflictos que permiten descongestionar el sistema penal, hacer eficiente el uso de recursos y generar condiciones para un adecuado acceso a la justicia”²⁸.

²⁷ “No tiene relación con la llamada ley de narcomenudeo en donde se hace referencia a los siguientes supuestos:

1) Personas que sean sorprendidas con posesión de alguna droga y que no supere los límites del artículo 474 de la Ley General de Salud deberán ser remitidas a las autoridades de salud para que se les ofrezca información y/o tratamiento. 2) Personas que sean sorprendidas con posesión de drogas y que rebasen los límites máximos señalados en el artículo 474 de la Ley General de Salud se encontrarán en los supuestos que señala el Código Penal Federal en el título delitos contra la salud (delito grave). Por lo anterior ninguno de los supuestos señalados se relacionan con la comisión de un delito menor y tampoco se señala la característica del consumo problemático de drogas lícitas o ilícitas, con lo que es claro que no tienen relación con los Tribunales para el Tratamiento de Adicciones” (Secretaría de Gobernación y Secretaría de Salud, 2014: pp. 5-6).

²⁸ Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018. Disponible en: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5299465&fecha=20/05/2013 (Fecha de consulta: febrero 2015).

En lo que va de este sexenio, los tribunales de drogas en el país se han expandido. Tan solo en Nuevo León, entre septiembre 2009, fecha en que el programa comenzó sus operaciones, y el primer trimestre de 2015, se abrieron cinco TTA. En la actualidad operan cuatro tribunales en su modalidad “normal” (uno en el municipio de Guadalupe, otro en San Nicolás y dos en Monterrey). Además, a principios de 2015, entró en funciones el primer TTA especializado en el estado. El 28 de febrero de 2016, el gobierno y el Tribunal Superior de Justicia de Nuevo León iniciaron en conjunto la operación del Tribunal para el Tratamiento de Adicciones para Adolescentes de la entidad. Con ello, el estado se convirtió en el primero de la República en contar con un TTA en esta modalidad²⁹.

Desde su instalación, el Programa de Nuevo León había trabajado sin recursos propios, es decir, al funcionar dentro de juzgados ya existentes, no tenía asignado un presupuesto específico³⁰. En cambio, para la expansión del modelo en el país, la Subsecretaría gestionó 2.5 millones de dólares de la Iniciativa Mérida para el proyecto de la primera etapa de tribunales de tratamien-

to de adicciones, destinado a los trabajos de implementación de los tribunales de drogas en diez estados de la República³¹.

La Iniciativa Mérida es un acuerdo de cooperación bilateral en materia de seguridad firmado por el expresidente de México, Felipe Calderón, y el expresidente de Estados Unidos, George Bush, que continúa en el sexenio actual. Su objetivo es “contrarrestar la violencia ocasionada por las drogas que amenazan a los ciudadanos de ambos lados de la frontera”³². Para esto, el Congreso de Estados Unidos ha destinado más de 2.3 mil millones de dólares a dicha Iniciativa.

Son cuatro los pilares que conforman el marco estratégico para implementar los programas y actividades de la Iniciativa Mérida con miras a fortalecer la lucha contra el crimen organizado. El pilar cuatro consiste en construir comunidades fuertes y resilientes, para ello pretende “fortalecer a las comunidades mediante la creación de una cultura de respeto a las leyes, disminuyendo la atracción y el poder de las organizaciones dedicadas al narcotráfico. Al implementar y crear programas de trabajo, involucrar a los jóve-

²⁹ Por su parte, autoridades del estado de Morelos han manifestado su intención de instalar en la entidad un TTA especializado en atención a adolescentes, como ya lo hizo Nuevo León. En febrero del presente año, encargados del Tribunal de Tratamiento de Adicciones se reunieron con funcionarios del Tribunal Unitario de Justicia para Adolescentes de Morelos, para comenzar los trabajos con miras a instalar la corte de drogas para adolescentes.

³⁰ Respuesta a solicitud de información 109/2012 hecha al Poder Judicial del Estado de Nuevo León.

³¹ Respuesta a solicitud de información 0000400196014, hecha a la Secretaría de Gobernación: “Se presentó una solicitud al mecanismo bilateral Iniciativa Mérida para el proyecto denominado Primera Etapa de Tribunales de Tratamiento de Adicciones, en el cual se autorizó un monto de \$2,500,000.00 US (dos mil quinientos millones de dólares) [sic] Moneda [sic] del curso legal de los Estados Unidos de América, para trabajar en el proceso de implementación en 10 entidades federativas, entre las cuales se encuentra el estado de Morelos”.

³² “En diciembre de 2008, México y los Estados Unidos firmaron la primera Carta de Acuerdo sobre la Iniciativa Mérida.

nes en sus comunidades, expandir las redes de protección social y generar confianza en las instituciones públicas, la Iniciativa desarrollará nuevas estrategias para el fortalecimiento de las comunidades mexicanas en contra del crimen organizado” (Iniciativa Mérida). Justamente dentro de este pilar se encuentra la asistencia técnica para la creación y expansión de tribunales para el tratamiento de adicciones en México.

Además, el impulso a estos tribunales también es una de las actividades de la Sección de Asuntos Antinarcóticos y Aplicación de la Ley de la Iniciativa Mérida, que busca incrementar la capacidad de México para reducir el consumo de drogas ilegales. Mediante su Programa de Reducción de la Demanda de Drogas (DDR, por sus siglas en inglés), “enfatisa la asistencia al gobierno de México para adoptar mejores prácticas internacionalmente reconocidas en el diagnóstico y tratamiento de las adicciones, así como el apoyo en la implementación de programas piloto que puedan ser replicados nacionalmente”³³. La pro-

pia Embajada de Estados Unidos reconoce que desde 2009 el Programa de Reducción de la Demanda de Drogas de la Iniciativa Mérida ha proporcionado asistencia técnica para la instalación y expansión de los tribunales para el tratamiento de adicciones en México y que ha contribuido con 2.5 millones de dólares a la OEA para la implementación de tribunales de drogas en más entidades³⁴. Además, ha financiado capacitaciones y el desarrollo de manuales de procedimientos, estudios de factibilidad, herramientas de gestión y un estudio diagnóstico del primer tribunal instalado en Nuevo León, hecho por la OEA.

Así, la Subsecretaría de Prevención y Participación Ciudadana de la Secretaría de Gobernación, junto con la Comisión Nacional contra las Adicciones de la Secretaría de Salud, han trabajado de manera conjunta con la OEA para expandir el modelo de tribunales de drogas en varios estados. En agosto de 2014, funcionarios de la Segob anunciaron que los tribunales para el tratamiento de adicciones en México dejarían de

³³ Embajada de los Estados Unidos en México, “Hoja informativa. Reducción de la demanda de drogas”. Disponible en: <http://photos.state.gov/libraries/mexico/310329/Feb2015/DDR-Factsheet-jan15-sp.pdf> [fecha de consulta: febrero 2015].

³⁴ “Desde 2009, la Iniciativa Mérida ha proporcionado asistencia técnica para la creación y expansión de los tribunales de tratamiento de adicciones en México y contribuyó con \$2.5 millones de dólares otorgados a la Organización de los Estados Americanos para implementar nuevos tribunales en otros estados mexicanos. Estos esfuerzos están ayudando a construir la capacidad de México para diagnosticar y tratar el abuso de sustancias y ofrecer otras alternativas más rentables y sostenibles que el encarcelamiento para infractores adictos” (Embajada de Estados Unidos de América en México, Iniciativa Mérida).

ser un programa piloto para convertirse en una política de gobierno que se extenderá a todo el país³⁵. De acuerdo con el Gobierno Federal, entre 2014 y 2016, se pretende implementar el programa en 10 entidades. En una primera fase, en el Estado de México, Morelos, Durango y Chihuahua. En una segunda fase, en Baja California, Ciudad de México, Hidalgo, Sonora, Puebla y Guanajuato (Santamaría, 2014). En una tercera fase el resto de los estados, de tal manera que para 2016 todos cuenten con el programa de TTA.

En este marco, el 12 de mayo de 2014 se dio el anuncio oficial de la apertura del primer TTA en Morelos³⁶, no sin que previamente las autoridades estatales se reunieran con funcionarios de la Subsecretaría de Prevención y Participación Ciudadana y la CONADIC³⁷. Con ello, se convirtió en el segundo estado en contar con este tipo de institución en el país. Por su parte, el Estado de México fue la tercera entidad en tener un tribunal de este tipo. El 4 de agosto de 2014, autoridades estatales y federales inauguraron el Centro

de Atención primaria a las Adicciones Tecámac, con lo cual inició la operación del TTA de dicha entidad. También en 2014, se instaló el programa en el estado de Chihuahua. El 7 de noviembre de ese año, el Poder Judicial y la Secretaría de Salud del Estado, ambos de la entidad, firmaron el Convenio Marco de Colaboración en Materia de Tratamiento de Adicciones³⁸ con los municipios de Chihuahua y Juárez. De igual manera, el 1 de diciembre de 2014, inició operaciones el Tribunal para el Tratamiento de Adicciones del estado de Durango. Con ello, en 2014 se cumplió en su totalidad con la primera fase de expansión de los tribunales de drogas en México.

Además, el 19 de enero de 2015, la OEA y el gobierno del estado de Chiapas firmaron en Washington un convenio para la implementación de los Tribunales para el Tratamiento de Adicciones en aquel estado. Cabe señalar que, aunque la mayoría de las ceremonias de inauguración han contado con presencia y apoyo de autoridades locales, funcionarios federales y representantes

³⁵ Roberto Campa Cifrián, Subsecretario de Prevención y Participación Ciudadana desde 2012 y Xiuh Tenorio, entonces director general de Participación Ciudadana de la Subsecretaría de Prevención y Participación Ciudadana de la Secretaría de Gobernación, han sido los principales promotores de la expansión del modelo. El segundo explicó a diversos medios de comunicación la conversión del programa piloto en una política general. Véase: Baranda. 2013. "Expande Segob cortes de drogas", *Reforma*, 2 agosto.

³⁶ La participación del Gobierno Federal es tan clara que el mismo 12 de mayo se firmó una carta de intención entre CONADIC, la Subsecretaría y el Poder Judicial del Estado para la gestión, ejecución y evaluación del programa piloto de Morelos. Uno de los compromisos fue desarrollar un documento guía sobre la operación y funcionamiento del Tribunal para el Tratamiento de Adicciones como política pública.

³⁷ El 7 de abril de 2014, a las 11:00 am. se llevó a cabo una reunión entre funcionarios de la Subsecretaría de Prevención y Participación Ciudadana, la Comisión Nacional contra las Adicciones y Funcionarios Públicos de Estado de Morelos, para la presentación del programa piloto de Tribunales para Tratamiento de Adicciones en el estado de Morelos. La reunión se llevó a cabo en la 24 zona militar cito ubicada en Av. Emiliano Zapata no. 1000 esq. Francisco Villa Buena Vista, Cuernavaca, Morelos.

³⁸ Convenio Marco de Colaboración en Materia de Tratamiento de Adicciones. Disponible en: <http://transparencia.chihuahua.gob.mx/attach2/stj/uploads/File/CONVENIO%20NO%20GUBERN/2014/PJ-EJE-MUN.pdf> [fecha de consulta: marzo de 2015].

de la Embajada de Estados Unidos e incluso de la OEA³⁹ resaltan que el Convenio de Chiapas se firmó fuera del país. De hecho, como se vio anteriormente, Chiapas no estaba contemplada como parte de la segunda fase de instalación de TTA, pero debido a la firma del Convenio, ya se incorporó y se encuentra en etapa de análisis de viabilidad⁴⁰.

Estructura y operación de los Tribunales para el Tratamiento de Adicciones en México

Al escribir estas líneas, son cinco las entidades que cuentan con tribunales para el tratamiento de adicciones en operación: Nuevo León, Morelos, Estado de México, Chihuahua y Durango. Son diez TTA actualmente en operación en el país: cinco en Nuevo León, dos en Chihuahua y uno en cada una de las otras entidades. De éstos, solo uno está especializado en adolescentes: el de Nuevo León. Todos tienen fundamento legal en el código de procedimientos penales de la respectiva entidad. En cuanto al presupuesto con el que operan, hay varios aspectos que destacar. Como se vio en el apartado anterior, existe un presupuesto asignado por parte de la Iniciativa Mérida a la OEA para este programa en espe-

cífico. Ninguno de los estados ha reportado que ese dinero se haya asignado directamente a la fase de implementación, sino que, dado que funcionan dentro de juzgados de control o de garantías, ninguno ha requerido recursos adicionales para su operación. Dada la información al respecto, y ya que no ha sido asignado a las entidades, puede concluirse que la OEA ha utilizado el recurso de la Iniciativa Mérida para la capacitación, foros y demás trabajos de coordinación que ha llevado a cabo con los estados en los que opera el programa, pero no asignándoselos de manera directa.

Según la Secretaría de Salud, tres entidades se encuentran en la etapa de análisis de viabilidad para la implementación de Tribunales para el Tratamiento de Adicciones: Chiapas, Ciudad de México y Baja California⁴¹.

Pese a que no hay una legislación general vigente en la materia, es decir una Ley de TTA⁴², el Gobierno Federal, a través de la Segob y la Secretaría de Salud promueve la instauración de un modelo de tribunales de drogas con ciertas características bien definidas. Los TTA deben tener participación tripartita: Gobierno Federal (mediante la Subsecretaría de Prevención y Par-

³⁹ En el caso de Chihuahua, ver por ejemplo: Embajada de Estados Unidos de América en México, Iniciativa Mérida apoya apertura del Primer Tribunal de Tratamiento de Adicciones en el Estado de Chihuahua". Disponible en: <http://spanish.mexico.usembassy.gov/es/spress/iniciativa-mrida-apoya-apertura-del--primer-tribunal-de-tratamiento-de-adicciones--en-el--estado-de-chihuahua.html> [fecha de consulta: marzo de 2015]. Igualmente en el caso de Durango: "Apoyará EU la creación del Tribunal de Adicciones", *El Siglo de Torreón*, 13 julio de 2014.

⁴⁰ Respuesta a solicitud de información 00001200093915.

⁴¹ Respuesta a solicitud de información 00001200093915.

⁴² Ya existe una iniciativa que propone expedir una Ley Federal de TTA, presentada por el senador del PAN, Raúl Gracia Guzmán en febrero de 2014, misma que se turnó a las Comisiones Unidas de Justicia y de Estudios Legislativos. Disponible en: http://sil.gobernacion.gob.mx/Archivos/Documentos/2014/02/asun_3066533_20140212_1392219416.pdf [fecha de consulta: abril de 2015].

ticipación Ciudadana y la CONADIC); las autoridades estatales en materia de procuración, administración e impartición de justicia, de salud y en materia de trabajo y educación e instancias internacionales (la OEA, a través de la CICAD; y la Oficina Internacional Antinarcoóticos), en la parte de capacitación (Santamaría, 2014).

Respecto a las condiciones para la implementación de un TTA en los estados, éstos deben, por lo menos, satisfacer los siguientes requisitos. Primero, que estén en la fase de implementación del sistema acusatorio, pues el programa de TTA está planteado como un mecanismo de justicia alternativa. Segundo, que se cuente con infraestructura para el tratamiento de adicciones. Tercero, el establecimiento de una red de integración social para la atención de farmacodependientes en conflicto con la ley. Cuarto, que haya coordinación con la OEA para capacitar a los operadores del programa (Santamaría, 2014). Se trata de un diagnóstico similar al que se hizo en el estado de Nuevo León en 2009, cuando se planeaba establecer el programa piloto de tribunales de drogas en la entidad.

En cuanto al segundo aspecto, desde el Gobierno Federal se establece que hay ciertos elementos indispensables con los que debe contar el modelo en cada estado, de acuerdo con el marco normativo de cada entidad. Son seis: 1) que sea dirigido a primodelincuentes; 2) que hayan cometido delitos no graves; 3) que exista un vínculo entre el consumo problemático de drogas y la comisión de la conducta típica; 4) que el procedimiento sea bajo el esquema de juicio oral; 5) la participación voluntaria de la persona

procesada y 6) un plan de reparación del daño. Así, al promover ciertas características necesarias a las que debe sujetarse el tribunal en cada entidad, el Gobierno Federal está delineando un modelo de tribunales de drogas muy específico para el caso mexicano y, al mismo tiempo, está acotando las posibilidades de que cada entidad plantee un modelo radicalmente distinto (Santamaría, 2014).

El marco regulatorio de los TTA a nivel estatal se compone de tres documentos básicos. El primero es un Convenio Marco que establece cuáles son las instituciones participantes, las facultades de cada una y cómo se coordinarán entre sí. Por otro lado, los respectivos códigos de procedimientos penales, en donde se regula la figura de suspensión del procedimiento. Es decir, con qué delitos procede la derivación, cuáles son los requisitos de admisión, así como las obligaciones a las que tiene que someterse el inculpaado para tener acceso al beneficio de esta figura. El último documento es el Manual de operaciones, en él se establecen de manera muy específica cuáles son las tareas detalladas de cada autoridad, los mecanismos de vigilancia, el tipo de tratamiento y sus fases, así como las estrategias de reinserción, el sistema de premios y castigos, así como los tipos y la periodicidad con la que se llevarán a cabo las audiencias. Desafortunadamente, no es posible hacer un análisis exhaustivo de todos los documentos pues no todas las entidades tienen información disponible al respecto, incluso ésta no ha sido generada.

Respecto al Convenio, Morelos, Chihuahua y Durango lo firmaron prácticamente el mismo

día que el programa comenzó a operar; en tanto que el Estado de México nunca generó un convenio a firmar por las instituciones participantes por no considerarlo necesario⁴³. Por su parte, en Nuevo León se firmó el Convenio algunos años después de que se implementara el programa piloto. Solo este último estado y Morelos integran el Instituto de Defensoría estatal. Destaca que Chihuahua firmó el Convenio Marco con las autoridades de los municipios donde se implementaría el programa, por lo cual no incorpora a la Secretaría de Seguridad Pública del estado. Es decir, pareciera que dejó a los municipios cierto margen de actuación para incorporar o no a otras autoridades, como la defensoría pública y las de reinserción social. En este último aspecto, llama la atención que solo Morelos incorpore a la Coordinación General de Reinserción Social en el Convenio y que ninguno haya contemplado a autoridades en materia de educación o trabajo, como lo ha promovido el Gobierno Federal.

En cuanto al Manual de operaciones, no existe información de Durango, pero sí está disponible el de Nuevo León y Morelos. En cambio, dos de las cinco entidades no contaban con uno al

momento de iniciar operaciones. En el caso de Chihuahua, aun cuando ya se había firmado el Convenio Marco y, supuestamente, iniciado operaciones desde los primeros días de noviembre de 2014, para marzo de 2015, no existía un Manual de operaciones⁴⁴. Las autoridades de este estado señalan que, en tanto, utilizan como referencia el Manual de Estrado Judicial para las Cortes de Drogas (NIDC, 2011) y el documento denominado *Tribunales de Tratamiento de Drogas: Una respuesta internacional para infractores dependientes de drogas* (American University y CI-CAD, 2013). De este modo, se usa como referencia directa a nivel operacional el modelo de las cortes de drogas de Estados Unidos. Por su parte, el documento del Estado de México, todavía se encuentra en validación por las autoridades participantes⁴⁵, aunque su TTA se encuentra en operaciones desde agosto de 2014. Es decir, en estas dos entidades, el programa comenzó a funcionar sin el respectivo documento técnico-operativo.

Aún con las limitantes en términos de información, a continuación se abordarán ciertos aspectos a resaltar acerca de cómo están operando los tribunales de drogas mexicanos.

⁴³ “El artículo 403.3 del Código de Procedimientos Penales para el Estado de México, establece las instituciones operadoras de dicha Suspensión Condiciona [sic], razón por la cual, no es necesario establecer un Convenio”. Respuesta a solicitud de información 0037/SEGEGOB/IP/2015.

⁴⁴ Respuesta a solicitud de información 011652015.

⁴⁵ Respuesta a solicitud de información 0037/SEGEGOB/IP/2015.

Aspecto procesal penal

En términos procesales, los TTA funcionan de la siguiente manera⁴⁶: después de que el MP ejerza acción penal, el juez de control resuelve la situación jurídica de la persona. Desde que éste declara la preparación del juicio oral y hasta antes de la apertura de juicio, hay oportunidad del imputado y del MP para solicitar la suspensión condicional del proceso. Entonces, se envía al imputado a diagnóstico con el proveedor del tratamiento. Si el diagnóstico es confirmatorio, de acuerdo a la información pericial proporcionada, el juez resuelve sobre la solicitud de la suspensión del proceso y se discute en torno a las condiciones bajo las cuales se suspenderá el proceso y el plan de reparación. Si el imputado acepta participar en el programa por el tiempo y las condiciones que el juez determine, éste decreta la suspensión del proceso. El participante del programa es remitido al centro de tratamiento correspondiente, para que le elaboren un plan personalizado. Durante el tiempo que dure en el programa, se someterá a la vigilancia y supervisión policial que determine el juez. Además, se celebran audiencias periódicas en las que participa el imputado, su defensor, el MP, un oficial de supervisión y el proveedor del tratamiento (Santamaría, 2014).

Aunado a los requisitos que se establecen en los códigos penales, en los manuales se requieren dos adicionales: uno, ser dictaminado

como persona que abusa o depende del alcohol o drogas y aprobar otros criterios diagnósticos que orienten a que el candidato hará buen uso del programa; dos, haber sido vinculado al proceso por un hecho delictivo, cuya sanción máxima sea de seis años, y no de cinco como lo establece el CNPP. En este marco, en Morelos se contempla explícitamente, entre los delitos por los cuales se haya vinculado a proceso el participante, el de narcomenudeo, previsto en los artículos 476 y 477 de la Ley General de Salud (LGS). Esto no es congruente con la postura del Gobierno Federal al promover la expansión de los tribunales de drogas en México, pues reiteraron que los TTA no operarían para atender dichos delitos. En cuanto a la reparación del daño, en ambas entidades, es posible ser admitido en el programa, incluso cuando no se haya podido cumplir con el pago del mismo.

En el tema de la relación entre la comisión del delito y el uso de la sustancia, destaca el modo en el que se establece este nexo. De acuerdo con el Manual de Nuevo León, "para determinar si el delito guarda relación causal con el abuso de drogas y/o alcohol, bastará que existan constancias que indiquen que al momento de cometerse el primero, el imputado se encontraba bajo los efectos de cualquiera de dichas sustancias, o bien, si cometió el delito para proveerse de ellas"⁴⁷. De igual manera, conforme al Manual de Morelos,

⁴⁶ Se toma como base, en adelante, los convenios y manuales de Nuevo León y Morelos, únicos documentos disponibles.

⁴⁷ Manual de operaciones de Nuevo León, artículo 9.

basta con que, al momento de cometerse el hecho delictivo, el imputado haya estado bajo el efecto de alguna sustancia⁴⁸.

En el tema de la voluntariedad en el ingreso, el vicio del modelo de cortes de drogas en general, se repite. Al hacer un estudio acerca del TTA de Guadalupe, en Nuevo León, la OEA encontró que la decisión de entrar al programa por parte de los participantes, está influenciada “por la presentación de información y por un deseo de evitar la prisión o el pago de una fianza”⁴⁹. Y que, aunque los participantes podrían haber pagado una fianza para evitar ir a prisión o entrar al programa, “los participantes, en general, afirmaron que no podían afrontar ese costo”⁵⁰. Esto generaría una diferenciación importante, pues, si bien,

aparentemente todas las personas susceptibles de ser derivadas, tienen la opción de pagar la fianza, en los hechos, solo las que tienen suficiente dinero lo hacen y libran la cárcel y el programa. En cambio, los participantes más pobres, optarían por entrar al tratamiento por no tener dinero para pagar la fianza y evitar ir a la cárcel.

Además de esta grave situación, el mismo estudio de la OEA, encontró un problema de información incompleta. Los participantes no cuentan con toda la información acerca de la duración y dinámica del programa, al menos hasta que llegan al centro de tratamiento⁵¹. Esto refuerza la idea de que, más que entrar por elección, los participantes ingresan al programa para eludir otro tipo de sanciones, como la cárcel o la fianza.

⁴⁸ Manual de operaciones TTA Morelos, artículo 9. Delitos a considerar: “la relación entre el delito imputado y el trastorno adictivo se puede establecer si al momento del hecho delictivo el imputado estaba intoxicado con alcohol o drogas o si la comisión del mismo es consecuencia directa de estar bajo los efectos del alcohol o drogas o por la necesidad indirecta de costear dichas sustancias”.

⁴⁹ “Los participantes del grupo de enfoque indicaron que su participación surgió como resultado de su decisión, sobre la base de reuniones con el abogado defensor, el juez, o ambos, cuando les dijeron que podrían incorporarse al programa o ir a prisión” (Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, 2014: p. 52).

⁵⁰ “Esto es lo que nos explicaron. O pagas la fianza o te sumas a este programa, o vas a prisión. Es decir, el abogado defensor nos explicó. Y vinimos para evitar pagar la fianza y evitar ir a prisión” (Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, 2014: p. 52).

⁵¹ “Cuando se inscribieron, los participantes expresaron que no tenían conocimiento de la duración del programa o las exigencias de tiempos del tratamiento y de la asistencia al tribunal. Señalaron que luego de inscribirse, el personal del Centro de Tratamiento les aclaró cuáles eran sus obligaciones.

Hasta que no llegamos aquí (no recibimos ninguna información)... Hasta que no fuimos al médico y nos explicó de qué se trataba este programa, para qué servía y cuál era el objetivo.

Esperaba lo mismo, que fuera corto porque tampoco sabía nada del programa. Pero una vez que me explicaron la situación claramente, dije “Uh, estoy acá, tengo que cumplir”.

En respuesta a los comentarios de un participante, el moderador interrogó: “¿Alguien más en este grupo cree que —como dijo nuestro compañero aquí— no les dieron toda la información?”.

Sí, es verdad

Sí [sic], a mí tampoco. Es decir, a veces nos daban la información parte por parte, a medida que avanzaba el tratamiento” (Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, 2014: p. 52).

Servicios de salud-tratamiento

La Secretaría de Salud explica que el tratamiento se divide en cuatro fases.

- La primera se trata de la sucesión de evaluaciones e intervenciones multidisciplinarias coordinadas.
- La segunda es la determinación del estado clínico de participante, a partir de un enfoque integral.
- La tercera, la presentación de un equipo interdisciplinario coordinado por el Consejo Estatal contra las Adicciones.
- La cuarta, el tratamiento integral, con énfasis en un proceso de rehabilitación y reinserción social (Santamaría, 2014).

Morelos sigue un esquema de cuatro fases también: evaluación integral y adherencia terapéutica (2 meses en promedio); tratamiento intensivo (6 meses en promedio); fase de abstinencia o mantenimiento (5 meses en promedio para dar seguimiento a los resultados alcanzados en la fase de tratamiento); rehabilitación, reinserción y prevención de recaídas o seguimiento (5

meses en promedio)⁵². En Nuevo León se incorporó el seguimiento como una fase más, por lo que son cinco. Así, la duración del tratamiento es en Nuevo León de 18 meses mínimo y en Morelos de los mismos meses, en promedio⁵³.

Respecto a las modalidades del tratamiento, en Nuevo León se contemplan dos tipos de servicio de tratamiento: ambulatorio o residencial. El tratamiento ambulatorio es el “que requiere un nivel de cuidado de menor intensidad y de mayor autonomía del participante. Consiste de visitas regulares de la persona y su familia al Centro de Tratamiento para recibir psicoterapia individual, grupal, familiar o de pareja, entre otros”⁵⁴. Y el residencial es el que “requiere un nivel de supervisión y cuidado intensivo sobre el participante, por lo que se interna en una institución debidamente certificada donde (éste recibe el tratamiento)”⁵⁵. Cada servicio puede incluir en la medida de lo necesario: psicoterapia individual, de grupo (se contempla la asistencia a sesiones de Alcohólicos Anónimos o Narcóticos Anónimos), de pareja, de familia, farmacoterapia, entre otros.

⁵² Posterior a concluir las cuatro fases se realizará una evaluación post-terapéutica, que tendrá el objetivo de evaluar el estado del participante a su egreso del programa de TTA. Asimismo, el seguimiento y prevención de recaídas continuará fuera del programa de TTA por los servicios de atención sanitaria y de reinserción social que correspondan.

⁵³ La propia OEA recomienda reducir la duración del programa pues es más largo que el promedio de TTA en el mundo (15 meses aproximadamente): “Los programas que son mucho más largos corren el riesgo de generar resultados menos satisfactorios, ya que los participantes se han recuperado de su problema con las drogas pero pueden tener más incumplimientos por los efectos prolongados que tiene la asistencia regular obligatoria del programa sobre las rutinas de su vida diaria. Por ello, sería útil reducir el programa de Guadalupe a menos del mínimo actual de 18 meses y el promedio, en la práctica, de más de dos años (teniendo en cuenta las recaídas y otros contratiempos)”. Además, recomienda ofrecer el tratamiento en distintos horarios del día, pues muchas veces éste obstaculiza la actividad laboral de los participantes (Comisión Interamericana para el Control del Abuso, 2014: p. 66).

⁵⁴ Manual de operaciones de Nuevo León, artículo 5.

⁵⁵ Manual de operaciones de Nuevo León, artículo 5.

En Chihuahua también se ofrecen las dos modalidades de tratamiento. El residencial a través de los centros de tratamiento en adicciones autorizados por el Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones (CENADIC); y el ambulatorio, a través de los Centros de Atención Primaria a las Adicciones (CAPA). Además, hay coordinación con asociaciones civiles, como Centros de Integración Juvenil, A. C.⁵⁶

En este punto, es necesario señalar que la oferta de tratamiento para las adicciones en México es insuficiente. Para empezar, prácticamente todos los establecimientos, ya sean privados o públicos, ofrecen tratamientos que tienen como eje la abstinencia⁵⁷, sin reconocer las distintas modalidades de éstos, ni considerar las diferentes necesidades de cada persona, de acuerdo a su situación y a la sustancia que usa. Hay 709 centros que brindan servicio en modalidad ambulatoria. En cuanto a la modalidad residencial (estancia en internamiento), si bien existen más de 2000 establecimientos de tratamiento para las adicciones, solo 429 están reconocidos por CONADIC/CENADIC⁵⁸. Está documentado que en muchos de estos centros de internamiento, que no son operados por el Estado, se producen distintos abusos que constituyen violaciones a los

derechos humanos de los usuarios, tales como internamiento involuntario y prolongado, hacinamiento, mala alimentación, incomunicación y aislamiento, castigos severos, incluso, tortura y abuso sexual (Zamudio, Chávez y Zafra, 2015). En este contexto, se hace imperante una revisión a la forma en que opera la oferta de tratamiento en el país. Pues, al parecer, a través de los tribunales de drogas, solo se estaría atendiendo una pequeña parte de la población que necesita acceder a dicho servicio y se estaría privilegiando (facilitando el acceso) a las personas que han cometido un acto ilícito, por sobre las que lo necesitan tratamiento pero no pueden acudir a él por los costos que implica. Además, es necesario ofrecer servicio de distintas modalidades de tratamiento para todas las personas que así lo necesiten, en condiciones de calidad, accesibilidad, profesionalismo y correcta regulación y supervisión por parte de las instituciones competentes.

Cabe destacar que el tratamiento de los TTA se basa en la abstinencia como eje fundamental, no existen tratamientos diversos adecuados para los distintos tipos de consumo y sustancias. Se excluyen, por ejemplo, los programas de sustitución y los programas especializados para opiáceos. De ahí que, el sistema de incentivos y sanciones, co-

⁵⁶ Respuesta a solicitud de información 093072014.

⁵⁷ "(En México) existe una escasa oferta pública de centros de tratamiento y servicios para personas que desean dejar de usarlas. Ante este vacío, y aunado a una creciente demanda, en el país se han multiplicado numerosos centros de internamiento, que operan con el modelo de ayuda mutua. Lo común es que los guías o padrinos de estos centros basen el tratamiento en su experiencia personal, antes que en evidencia profesional o capacitación alguna y tengan como único objetivo el de lograr la abstinencia total a las drogas" (Zamudio, Chávez y Zafra, 2015).

⁵⁸ Respuesta a solicitud de información 0001200260314.

mo se verá a continuación, está estrechamente vinculado al castigo o premio, a la abstinencia con base en las pruebas toxicológicas que se realizan recurrentemente a los participantes como indicador de éxito y “cura”.

Mecanismos de supervisión, incentivos y sanciones

El rol del juez en el programa es fundamental, no solo es el encargado de decidir sobre la admisión de un candidato y determinar las condiciones en que éste ha de participar, sino que supervisa constantemente el cumplimiento del programa por parte del participante, para lo cual hay una interacción personalizada constante a través de las audiencias. Existen diversos tipos de audiencias: de introducción o elegibilidad, seguimiento o vigilancia, graduación o conclusión y especiales. Previo a las audiencias de vigilancia, hay una revisión del caso (pre-audiencia de elegibilidad, en el caso de Morelos), para lo cual el juez se re-

úne con el resto de los operadores (comités de seguimiento)⁵⁹.

Además, el juez decide sobre la aplicación de incentivos y reconocimientos al participante. Para reconocer el progreso del participante, el juez puede otorgar ciertos incentivos, en los casos de Nuevo León y Morelos, éstos son destacar en audiencia pública el progreso del participante, reducir el término del tratamiento y la frecuencia de la supervisión judicial⁶⁰; autorizar, por tiempo limitado, ausentarse del domicilio de residencia o el disfrute de privilegios especiales; disminuir las restricciones domiciliarias para trabajar, estudiar y aumentar la interacción familiar⁶¹.

Entre las sanciones, en Nuevo León, Morelos y el Estado de México, están amonestarlo en la audiencia, aumentar la frecuencia de la supervisión judicial y de pruebas toxicológicas en el Tribunal; ordenar la realización de trabajo comunitario; aumentar la restricción domiciliaria; determinar cualquier otra medida o la revocación de la salida

⁵⁹ En la pre-audiencia de elegibilidad, se discutirá acerca de si el candidato cumple con los requisitos generales y especiales de elegibilidad, así como los criterios de admisibilidad del programa. En la audiencia de elegibilidad, el juez hará del conocimiento las obligaciones impuestas al candidato y a las cuales se comprometió a cumplir ante el juez de control y le hará saber si cumple con los requisitos generales y especiales de elegibilidad, así como los criterios de admisibilidad del Programa y si ha sido recomendado por los operadores del Programa para ingresar al mismo. Las audiencias de seguimiento se llevan a cabo para ejercer una supervisión judicial intensiva de los participantes. Las audiencias especiales sirven para resolver aquellas situaciones de emergencia que se presenten. La culminación del proceso de rehabilitación tiene lugar en una audiencia de graduación. Manual de operación de Morelos.

⁶⁰ Respecto a la supervisión, véase: Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, 2014: p. 56.

“Los participantes plantearon varios problemas respecto de la supervisión. En particular, sentían que tenían poco espacio para hablar o defenderse en situaciones en las que el oficial de supervisión pudiera haber encontrado contrabando en su propiedad o hablado con vecinos o su cónyuge respecto de alguna diferencia. Los participantes específicamente objetaron la práctica de obtener información de vecinos o hacer presunciones (que podían ser incorrectas)”.

⁶¹ Manuales de operación de Nuevo León y Morelos.

alterna del participante. En el caso de Nuevo León, destaca la posibilidad de ordenar el arresto administrativo hasta por 36 horas⁶². En el Estado de México, destaca la expulsión temporal del tratamiento⁶³, sanción que podría resultar más perjudicial para el participante y disminuir sus posibilidades de concluir el tratamiento. Es decir, los premios o sanciones, en gran medida, están relacionados con el cumplimiento de la abstinencia por parte de los participantes.

El Manual de operaciones de Morelos especifica las causas de expulsión del programa, entre las que se encuentran: dar positivo en un *antidoping*; no acudir a las sesiones del centro de tratamiento o a las sesiones de Alcohólicos Anónimos o Narcóticos Anónimos; no permitir el acceso del oficial a su domicilio; llegar tarde a las audiencias o a las sesiones; agredir verbal o físicamente a cualquiera de los operadores del programa; tener armas, drogas o alcohol en su domicilio o en su persona; haber cometido algún delito o haber sido arrestado administrativamente;

no comunicar cambios de domicilio y falsear pruebas *antidoping*.

Evaluación

Destaca que los convenios de ambas entidades, contemplan la existencia de un Comité de Evaluación del Programa. En el caso de Nuevo León sesiona cada cuatro meses y en el caso de Morelos de forma mensual. Ambos tienen la finalidad de medir los avances del programa en general y proponer modificaciones al formato del mismo según se estime conveniente, siempre y cuando todas y cada una de las instituciones participantes manifiesten su conformidad. En el caso de Morelos, el ejecutivo local manifestó su intención por la creación de un modelo de evaluación científica del programa⁶⁴.

Del análisis de estos documentos se desprende que, aun con los estándares que ha puesto el Gobierno Federal, hay ciertos matices que marcan algunas diferencias a nivel operativo en la manera en que cada estado ha adoptado el

⁶² En el caso del TTA de Guadalupe, el arresto implica además 100 días consecutivos de tratamiento y el regreso a la Etapa 1. Incluso, un participante mencionó “que luego de su segunda recaída, la idea de regresar a la Etapa 1 nuevamente era tan dura que decidió abandonar el programa” (Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, 2014: p. 57).

⁶³ Artículo 403.10, fracción V del Código de Procedimientos Penales para el Estado de México.

⁶⁴ Éste debía contener los siguientes aspectos: definición de indicadores e instrumentos de evaluación, monitoreo y seguimiento, que sean congruentes con los objetivos establecidos en el programa piloto; formalización de acuerdos con instituciones o entidades que vayan a llevar a cabo el monitoreo del piloto así como capacitación del personal con el perfil idóneo para formarse como evaluadores; conformación de un Comité de Evaluación; elaboración de un manual para la evaluación de programa piloto; sistematización del modelo; evaluación externa (aspectos operativos y resultados) y creación de mecanismos para la retroalimentación y mejora continua en los procesos dentro del programa piloto. En Carta de intención que celebra el Gobierno Federal a través de la CONADIC, la Subsecretaría de Prevención y Participación, 12 mayo 2014.

modelo. Por ejemplo, el incluir narcomenudeo como una conducta típica susceptible de ser derivada al programa de TTA, como en el caso de Morelos, resulta contraria a la manera en que el Gobierno Federal ha promovido la expansión del modelo. Cabe recordar que desde las instancias federales involucradas, se reiteró que los tribunales de drogas a instalarse en México no tenían nada que ver con las conductas penales de la ley de narcomenudeo ni con el consumo o posesión simple de sustancias. De ahí la importancia de contar con información completa y con todos los documentos de estos tribunales.

Seguimiento de la operación de los Tribunales para el Tratamiento de Adicciones en México

Resulta sumamente complicado comparar los resultados de los distintos tribunales para el tratamiento de adicciones que operan en el país. Primero por la escasa, casi inexistente, información al respecto y por la falta de uniformidad en la misma. Segundo, porque se trata de un programa de muy reciente operación en la mayoría de las entidades; en cuatro de los cinco estados solo tiene unos meses en funciones. Por tanto, no ha transcurrido siquiera el tiempo necesario para que los participantes hayan concluido el programa. Sin duda, resultará por demás interesante realizar un ejercicio de evaluación de resultados completo, una vez que la información generada permita hacerlo, incluyendo comparaciones entre los distintos tribunales, incluso entre las distintas fases en

la implementación de los tribunales de drogas en México. Por ahora, solo es posible hacer ciertas observaciones en torno a los resultados.

En Nuevo León, donde el programa lleva cerca de cinco años operando, sí hay información estadística disponible que el propio Poder Judicial del estado ofrece en su página de internet, pero poco actualizada. Desde su entrada en operación hasta mayo de 2014, que es el último reporte que se presenta, fueron canalizados 213 casos. Para julio de 2014, el número había aumentado a 216 personas, de las cuales solo se habían admitido 169. Entre las causas de no admisión está el no consumo patológico, además de otros criterios especiales como renuencia, falta de apego y no ser aptos, en ese orden.

De las 169 personas admitidas, 168 eran procesadas por delito de violencia familiar y solo una por allanamiento de morada. De los 169 participantes admitidos, 168 eran hombres y una mujer; 4 menores de 20 años; 62 de entre 21 y 30 años; 53 de entre 31 a 40 años; 32 de 41 a 40 años y 18 con más de 50 años. Respecto a las sustancias, 123 de los participantes tenían consumo problemático de alcohol, 31 de marihuana, 12 de cocaína y tres de inhalantes⁶⁵.

De este número de participantes, para mayo de 2014, 61 han concluido el programa. El poder judicial los ha dividido en cinco generaciones, cuyo número de participantes pasó de cuatro personas graduadas de la primera generación en junio de 2011 a 14 para marzo del año

⁶⁵ Respuesta a solicitud de información AnexoRespP717(28-7-2014)_1.

siguiente, 13 para octubre del mismo año y se ha mantenido en 15 para las dos generaciones graduadas en junio y diciembre de 2013.

En mayo de 2014, 74 habían sido expulsados por diversas razones, como negación al tratamiento (59), recaída (7), reincidencia delictiva (4), de manera voluntaria (2) y por criterio especial (2). La mayoría de los expulsados, 37, tienen entre 21 y 30 años; 18 entre 31 y 40; 9 entre 41 y 50; cuatro más de 51 años y tres menos de 20 años.

Así, parecería que los tribunales de drogas del estado de Nuevo León están atendiendo principalmente a personas cuya actividad delictiva está relacionada con el consumo problemático de alcohol y solo, marginalmente, a usuarios de otras sustancias. Además, se trata casi totalmente de hombres, que son derivados a los TTA por violencia intrafamiliar y que, en el 68 % de los casos (115 personas de 169), tienen entre 20 y 40 años de edad. Es decir, la operación de Programa de Tribunales para el Tratamiento de Adicciones en Nuevo León está enfocado en conductas de violencia familiar relacionadas con el consumo de alcohol, y no en casos de narcomenudeo o posesión simple⁶⁶ a diferencia de los TTA instalados como parte de la primera fase de expansión, donde ocurre un fenómeno distinto.

En el caso de Morelos, en una primera solicitud de información que se hizo al Poder Judicial del estado acerca de cuántas personas habían sido derivadas al programa y por qué delitos, la información proporcionada resultó por demás reveladora. Las primeras personas enviadas al TTA, fueron cuatro hombres de entre 22 y 28 años de edad, acusados por posesión simple de marihuana. A la letra, la respuesta fue la siguiente: “Hasta el momento (agosto de 2014) se está tratando a cuatro personas, las cuales son de sexo masculino, dos de 22 años de edad, uno de 24 años y el otro de 28 años. Tres de los cuales se encuentran relacionados con el hecho delictivo *contra la salud en su modalidad de narcomenudeo por la posesión simple de marihuana en agravio de la sociedad*, y el cuarto participante por el ilícito de *robo calificado* (tubería de cobre). Todos son adictos a la *cannabis* y uno de ellos además al alcohol”⁶⁷. Efectivamente, el primer participante del programa, a unos días de que éste comenzara a operar, fue derivado al Tribunal después de haber sido acusado de delitos contra la salud en su modalidad de narcomenudeo (Baranda, 2014).

En el mismo sentido, autoridades competentes del Estado de México respondieron a una solicitud de información, que para abril de 2015,

⁶⁶ La propia OEA lo reconoce: “el resultado es un modelo híbrido de tribunal de violencia doméstica/drogas novedoso. El enfoque en violencia doméstica fue un resultado necesario de una combinación de circunstancias legales, culturales y prácticas que hicieron prácticamente inviable, cuando se creó el programa de Guadalupe, inscribir casos de narcomenudeo casos de delitos contra la propiedad o hasta tenencia de drogas que, combinados, constituyen la preponderancia de casos tomados en otros tribunales de tratamiento de drogas existentes en la actualidad” (Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, 2014).

⁶⁷ La determinación de si alguien es considerado adicto la hace el juez con base en las consideraciones del equipo técnico quien realiza tamizajes y distintas pruebas. Respuesta a solicitud de información 00415814. Énfasis original.

nueve personas del sexo masculino estaban participando en el programa. Todas ellas por el “delito daños contra la salud [sic] en la modalidad posesión simple, por la sustancia *cannabis*”⁶⁸. Sus edades oscilan entre los 21 y los 34 años (34, 31, 23, 20, 20, 38, 20, 21 y 22 según el orden en la solicitud de información).

De igual manera, para marzo de 2015, los cinco participantes del programa de Chihuahua fueron remitidos por la posesión simple de marihuana⁶⁹. Aunque, algunos también son consumidores problemáticos de otras sustancias. Según el Poder Judicial de la entidad, dos de los individuos “sufren dependencia severa a la marihuana”; otro “dependencia moderada a la marihuana y a la cocaína”; uno más, adicción al cristal y dependencia moderada a la marihuana y al alcohol; y el último, “dependencia moderada a la marihuana”. Todos son hombres, cuyas edades son 36, 26, 20, 19 y 18. Es decir, cuatro de ellos son jóvenes. En tanto, hasta la fecha, no hay información disponible del TTA de Durango.

Así, actualmente y de acuerdo con las respuestas a las solicitudes de información, hay un total de 18 participantes en los TTA de Morelos,

el Estado de México y Durango, todos del sexo masculino. Resulta difícil hacer comparaciones precisas debido a que la información fue proporcionada en fechas distintas y sobre periodos de tiempo, también, distintos. Sin embargo, basta con precisar que de los 18 participantes de los que da cuenta la presente investigación, 17 fueron derivados al programa por posesión simple de marihuana, es decir, posesión sin fines de comercio o suministro en cantidad mayor a lo permitido por la tabla de orientación, pero menor a multiplicar por mil dicho monto (artículo 477, LGS)⁷⁰.

Esto significa que el 94.44 % de los participantes de los tribunales de drogas de estas tres entidades son poseedores simples de marihuana, sus edades oscilan entre los 21 y los 36 años. El promedio de edad de los participantes es de 24.7 años; y la edad que más se repite dentro de los participantes es 20 años. Es decir, pese a que se suponía que el programa no contemplaría delitos contra la salud en su modalidad de narcome-nudeo, en los hechos, los tribunales de drogas promovidos desde el gobierno federal están actualmente criminalizando a consumidores jóvenes de marihuana por la simple posesión de la

⁶⁸ Respuesta a solicitud de información 0037/SEGEGOB/IP/2015.

⁶⁹ Respuesta a solicitud 011672015.

⁷⁰ Artículo 477.- Se aplicará pena de diez meses a tres años de prisión y hasta ochenta días multa al que posea alguno de los narcóticos señalados en la tabla en cantidad inferior a la que resulte de multiplicar por mil las previstas en dicha tabla, sin la autorización a que se refiere esta Ley, cuando por las circunstancias del hecho tal posesión no pueda considerarse destinada a comercializarlos o suministrarlos, aun gratuitamente.

No se procederá penalmente por este delito en contra de quien posea medicamentos que contengan alguno de los narcóticos previstos en la tabla, cuya venta al público se encuentre supeditada a requisitos especiales de adquisición, cuando por su naturaleza y cantidad dichos medicamentos sean los necesarios para el tratamiento de la persona que los posea o de otras personas sujetas a la custodia o asistencia de quien los tiene en su poder.

sustancia sin que hayan cometido ningún otro delito. Presumiblemente, se trataría de poseedores y consumidores jóvenes pobres, que en aras de no pagar la fianza y no ir a la cárcel, optaron por entrar al programa.

Esto contrasta con los planteamientos en torno a la instalación de los tribunales de drogas mexicanos. La Segob, quien se ha encargado de promover la expansión, ha repetido incesantemente que los tribunales para el tratamiento de adicciones no buscan criminalizar a los usuarios de drogas y que su finalidad no es perseguir los delitos de la ley de narcomenudeo, y menos la simple posesión, sino ofrecer alternativas de rehabilitación y reinserción social⁷¹. Por ejemplo, Xiuh Tenorio, exdirector general de Participación Ciudadana de la Subsecretaría de Prevención y Participación Ciudadana de la Secretaría de Gobernación, ha afirmado que “el gobierno no pretende castigar el consumo de drogas, sino los delitos de una manera alternativa, específicamente a quien violó la ley bajo el influjo de alguna droga” (López, 2014). Aunque también reconoció que “lo que va a variar de un estado a otro es el tipo de delito por el cual se podrá acce-

der al programa, ya que cada uno define de manera distinta lo que es un delito no grave” (Baranda, 2014). Además, en el propio evento de inauguración del TTA de Morelos, el representante de Segob, el titular de la dirección general de Participación Ciudadana para la Prevención Social de la Violencia y la Delincuencia, celebró en su discurso la inclusión de esta conducta: “por otro lado vale la pena mencionar que Morelos será el primer estado que incorpore el delito de narcomenudeo a este Programa de Tribunales de Tratamiento de Adicciones, lo que permitirá identificar a simples consumidores de drogas de verdaderos narcomenudistas, (esto) sin lugar a dudas representa un importante avance en las políticas de drogas en nuestro país”⁷². Así, las variaciones que haga cada estado en la adopción e implementación del modelo pueden hacer enormes diferencias, incluso respecto a la propia finalidad con la que supuestamente el modelo fue importado a México. De ahí la importancia de que la expansión del modelo y su operación estén en constante observación y de que sus resultados sean constantemente evaluados por organismos externos e independientes⁷³.

⁷¹ Por ejemplo: Lagunas, Andrés. 2014. “Morelos resolverá el problema de adicciones”, en *El Sol de Cuernavaca*, 13 mayo.

⁷² Respuesta a solicitud de información 0000400242314 y su anexo: “Líneas de comunicación. Anuncio oficial de la apertura del TTA en el estado de Morelos”.

⁷³ En agosto de 2014 se llevó a cabo la presentación del *Estudio Diagnóstico del Tribunal de Tratamiento de Adicciones de Guadalupe, Nuevo León, México*, sin embargo, se trata de un estudio realizado desde la propia OEA (Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, 2014).

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Del análisis de la introducción, diseño y operación de los tribunales de drogas en México, —Tribunales para el Tratamiento de Adicciones—, se desprenden varias conclusiones. La adopción del modelo se dio primordialmente en el ámbito local en medio de los años más álgidos de la guerra contra las drogas de Calderón, a partir de la intervención de organismos internacionales como la OEA, a través de la CICAD y autoridades del gobierno de Estados Unidos en la promoción, implementación del modelo y capacitación del personal.

En un segundo momento, la actual administración federal decidió transformar un programa piloto en una política que promovería para todos los estados. En esta etapa de expansión, aparte del apoyo y supervisión por parte de la OEA, se cuenta con recursos del gobierno estadounidense mediante la Iniciativa Mérida. Es posible afirmar que la instalación de los tribunales de drogas en nuestro país forma parte de una estrategia de expansión del modelo en los países del continente.

Para la expansión de los TTA no solo no se estudió a fondo la experiencia del primer estado en contar con dicho programa (Nuevo León), sino que se decidió expandir el programa a otras entidades, sin mayor evidencia que el avance de éstas en la implementación de la reforma penal.

En este contexto, el gobierno federal intentó promover un modelo “base” de TTA para las entidades. La expansión ha sido producto de convenios entre el gobierno federal y distintas instancias de gobiernos estatales, más que de una legislación específica en la materia; esto ha generado que haya diferencias sustanciales en la manera en que cada uno decidió implementar el modelo. Una de ellas es que algunos TTA han comenzado operaciones sin convenio, aun sin Manual de operaciones.

Cabe precisar que, conforme a lo revisado, los TTA de Nuevo León parecen contar con una infraestructura sólida. Es posible notar buena coordinación entre las instituciones participantes, información disponible y sistematizada, aunque poco actualizada. Incluso parecen operar de manera muy independiente del Gobierno Federal y de los nuevos TTA que han promovido. Sus resultados muestran que se trata de un programa enfocado principalmente en atender a personas cuya conducta delictiva —principalmente casos de violencia intrafamiliar— está asociada con el consumo de alcohol y solo marginalmente casos vinculados al uso de otras sustancias. En este marco, la OEA afirma que el programa de Nuevo León “es un modelo híbrido de tribunal de violencia doméstica/drogas novedoso”⁷⁴. Esto es cierto, pues a diferencia de los otros TTA

⁷⁴ El enfoque en violencia doméstica fue el resultado necesario de una combinación de circunstancias legales, culturales y prácticas que hicieron inviable, cuando se creó el programa de Guadalupe, inscribir casos de narcomenudeo, casos de delitos contra la propiedad o hasta tenencia de drogas que, combinados, constituyen la preponderancia de casos toma-

mexicanos, este programa no está centrando esfuerzos en la criminalización de usuarios de sustancias ilegales; al menos, no existe registro de participantes por narcomenudeo o simple posesión. En este sentido, la experiencia neoleonesa merece ser estudiada de manera separada para entender cómo aborda en lo particular la relación entre alcohol y violencia doméstica.

Pero la diferencia sustancial sobre cómo operan los nuevos TTA con respecto al programa de Nuevo León está en los resultados. De acuerdo con los resultados de aquéllos, desde su entrada en operación hasta la fecha del presente trabajo, se han enfocado a atender a hombres jóvenes que son simples poseedores de drogas, principalmente de marihuana. De la información obtenida, resultó que el 92.3 % de los actuales participantes de los tribunales de drogas en México, son poseedores simples de marihuana, que están entre los 21 y los 34 años de edad. Es decir, los TTA mexicanos están reproduciendo y reforzando una lógica de criminalización de los usuarios de drogas.

Además de esto, en términos generales, hay varios aspectos a destacar sobre los TTA mexica-

nos. Uno de ellos es que resulta muy preocupante la manera en que se acredita el vínculo sustancias y delito⁷⁵, pues la farmacodependencia y alcoholismo prácticamente se presuponen. Bajo esta óptica, alguien que hubiera consumido por primera vez en su vida alcohol o alguna droga, pero cometiera un delito menor bajo sus influjos, sería considerado un adicto. Esto es a todas luces criminalizador y exhibe la gravedad de no contemplar dentro de nuestro marco legal (la LGS) y de nuestra política de drogas, en general, los diferentes tipos de usos y usuarios de las distintas sustancias⁷⁶.

Esta situación puede tener impacto en términos de la operación de los tribunales. Si se acepta a participantes que no son realmente farmacodependientes o alcohólicos, éstos tendrán mayor facilidad para concluir el programa que los que sí tienen dicho problema. Estos “falsos positivos” prácticamente garantizan que concluirán con éxito el programa, engrosando las cifras de participantes graduados. En cambio, los casos más problemáticos tendrán mayores dificultades para completar el tratamiento. Se trata del denominado fenómeno *cherry pick* según el cual

dos en otros tribunales de tratamiento de drogas existentes en la actualidad (los casos de tenencia de drogas son principalmente elegibles en los Estados Unidos, pero no necesariamente en otros Estados Miembros de la OEA) (Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, 2014: p. 61).

⁷⁵ De acuerdo con el artículo 9 del Manual del TTA de Nuevo León, Delito y Adicción, “para determinar si el delito guarda relación causal con el abuso de drogas y/o alcohol, bastará que existan constancias que indiquen que al momento de cometerse el primero, el imputado se encontraba bajo los efectos de cualquiera de dichas sustancias, o bien, si cometió el delito para proveerse de ellas”.

⁷⁶ La LGS solo distingue entre farmacodependiente y consumidor, en su artículo 192 bis, fracciones I y II. Farmacodependiente: toda persona que presenta algún signo o síntoma de dependencia a estupefacientes o psicotrópicos; Consumidor: toda persona que consume o utilice estupefacientes o psicotrópicos y que no presente signos ni síntomas de dependencia.

se estarían atendiendo los casos más sencillos en detrimento de los casos de consumo más problemático⁷⁷.

Hasta ahora, aparentemente, el modelo no ha representado un costo adicional, pues parece que los programas de tribunales en los estados trabajan con los recursos ya existentes para las instituciones participantes. Lo que sí se ha hecho es promover la expansión a todo el país de un modelo que implica poner en funcionamiento un andamiaje institucional sin tener evaluaciones completas de los resultados.

Es importante señalar que la forma en que se adoptó el modelo en México está íntimamente ligada a un nuevo enfoque acerca del sistema de justicia penal, más que un cambio en materia de política de drogas. Este nuevo enfoque en materia de justicia penal gira, en gran parte, en torno a la justicia restaurativa y los mecanismos alternos de solución de conflictos. El problema surge cuando con estos mecanismos, se pretende dar respuesta a un problema de salud desde las instituciones penales (Drug Policy Alliance, 2011). De esta forma, se trata de una respuesta judicial a un problema de salud. Si bien es necesario reconsiderar las sanciones y las salidas alternas para delitos menores, que puedan conjugarse, por ejemplo, con penas de carácter comunitario, los tribunales de drogas no parecen ser la respuesta ideal por varias razones.

En términos de despresurización del sistema de procuración e impartición de justicia, el modelo parece no cumplir su objetivo. La persecución de delitos menores sigue ocupando al aparato institucional. El ministerio público seguirá destinando tiempo a investigar casos y llevarlos ante los jueces, quienes no son jueces especiales y además de resolver estos casos, tienen a su cargo la resolución de muchos otros, pero ahora deben convertirse en vigilantes de tratamientos médicos. También, si los participantes son expulsados del programa, continúan con el procedimiento penal ordinario. Esto, lejos de despresurizar el sistema de impartición de justicia, le impone una doble carga: labores del juez de garantías y labores del juez con el que se seguirá el caso.

Además, hay dos cuestiones que resaltar respecto al tratamiento. La primera es que el tratamiento que se ofrece, ya sea residencial o ambulatorio, y sobre el cual gira el éxito del participante en el programa, está sustentado en la abstinencia como objetivo final y descarta otros tipos de tratamientos, por ejemplo, para opiáceos. De nuevo, esto deja de manifiesto el problema de no distinguir diferentes tipos de consumidores, pues para cada uno de ellos hay diferentes opciones como los tratamientos sustitutivos que se usan en otras partes del mundo.

⁷⁷ Por ejemplo, en los primeros meses de operación del programa de TTA para adolescentes de Chihuahua, se han rechazado a varios candidatos porque "a consideración del equipo multidisciplinarios presentaban factores de riesgo elevado, que hacían improbable el éxito del programa". Respuesta a solicitud de información 4 de noviembre de 2015.

Debido a que el tratamiento de los TTA no está diseñado para adaptarse a las necesidades particulares de los diferentes tipos de consumos problemáticos de las diversas sustancias, no todos los usuarios son susceptibles de llevar a buen fin un tratamiento basado en la abstinencia. Dado que el éxito de los participantes se mide con respecto al tiempo que lleven en abstinencia, quienes tengan recaídas serán sancionados e incluso expulsados. De este modo, los expulsados padecen además una “doble pena”, pues no solo habrán pasado tiempo en el programa tratando de seguir el tratamiento, además, se terminará la suspensión del procedimiento a prueba y seguirán el proceso de manera normal.

La segunda cuestión es que los TTA ofrecen tratamiento para estos participantes en conflicto con la ley, cuando en México el tratamiento para farmacodependencia y alcoholismo es insuficiente. Incluso, se ha acreditado que existen violaciones de derechos humanos en el interior de los centros de tratamiento (Zamudio, Chávez y Zafra, 2015). Es necesario atender este problema no solo para los usuarios en conflicto con la ley, sino para los usuarios que no están en conflicto con ella. Esa es la parte que no estamos atendiendo.

Ante este panorama, queda claro que los tribunales de drogas mexicanos siguen reproduciendo una lógica de criminalización hacia los consumidores de drogas, sobre todo hacia los más jóvenes, a quienes se mantiene dentro de la

esfera del sistema penal por el solo hecho de ser poseedores sin que hayan incurrido en ninguna otra conducta delictiva. Además, dado que no existen estudios acerca de si efectivamente existe una relación entre el consumo de drogas y la comisión de un delito en las entidades donde se han instalado TTA, éstos siguen reproduciendo el mismo vínculo entre ambas conductas que subyace a las cortes de drogas. Es justamente sobre esta relación artificial droga-delito que está construido el modelo.

En este marco, más que la creación de mecanismos alternos para usuarios supuestamente problemáticos de drogas en conflicto con la ley, se hace imperante la creación de una política integral de drogas. Para atender el problema de la saturación del sistema penitenciario, en particular, se necesitan otro tipo de intervenciones para los usuarios problemáticos y leyes de amnistía para pequeños ofensores⁷⁸. También es necesario crear alternativas a primodelincuentes por delitos no graves. Al incluirlos en un programa de justicia alternativa, se acepta tácitamente que esas personas no deberían estar en la cárcel, pero esa es la pena que se les impone si no logran completar el tratamiento⁷⁹.

Cabe alertar también que con la expansión de los tribunales de drogas en México, se puede dar un fenómeno que ha sido documentado en otros lugares (Drug Policy Alliance, 2011). Una implicación natural es que aumente la persecución de delitos relacionados con drogas con la finali-

⁷⁸ Ley de control penal de drogas de Costa Rica (Ley 8204).

⁷⁹ “El modelo instrumenta una política criminalizadora en contra de personas –usuarios problemáticos– que de antemano acepta no pertenecen a la cárcel” (Pérez, 2015).

dad de mostrar que el programa, efectivamente, funciona. Al haber un programa específico para atender estos casos, existirán incentivos para que las autoridades aumenten la persecución de dichas conductas. Es decir, al ponerse en operación el programa, será necesario que haya candidatos y participantes para el mismo, por lo cual puede haber una tendencia a que se incremente la persecución y detención de personas por delitos susceptibles de entrar en el programa, como quienes son acusados de posesión simple, por ejemplo. Así, en los hechos, estos programas pueden contribuir a la, ya de por sí preocupante, criminalización de usuarios de sustancias.

Si los tribunales de drogas continuarán expandiéndose a más estados de la República se recomienda que la decisión se tome con base en información completa, es decir, con cifras acerca del consumo de sustancias en el estado y la relación con la comisión de delitos, patrones de consumo, entre otras. Y no solo, como ha ocurrido hasta ahora, con base en el avance de la entidad federativa en la implementación de la reforma penal.

Otra recomendación es que los tribunales de drogas no se enfoquen en simples consumidores o poseedores que no hayan cometido ninguna otra conducta delictiva. Esto únicamente refuerza la criminalización de los usuarios de drogas. “No deberían enfocarse en quienes tienen simple posesión o consumo, no solo porque estas conductas no deberían ser consideradas como delito en lo absoluto, sino porque para quienes tienen sim-

plemente un consumo problemático y esa es la única conducta en la que han incurrido, deberían desarrollarse otras alternativas de política que sean potencialmente menos lesivas de sus derechos, como tratamientos con fuerte base comunitaria” (Guzmán, 2012: p. 18). Como lo afirma la directora del Programa de Políticas Globales sobre Drogas “la prisión simplemente no es la respuesta al consumo de drogas y a los delitos menores relacionados con estas sustancias. Tenemos que encontrar una respuesta mejor y más humana” (Domoslawski, 2011: p. 8).

En el mismo sentido, es necesario que haya transparencia respecto a la operación y resultados de los TTA de todos los estados y, sobre todo, que haya evaluación externa y constante de su trabajo. Es indispensable conocer cómo están operando estas instituciones. Cabe recordar que, por definición, las cortes de drogas en Estados Unidos surgieron para derivar a los consumidores. Desde su origen, las cortes de drogas fueron instituciones que operaron siguiendo la lógica prohibicionista de criminalización del consumo. Pese a lo que se ha dicho desde el gobierno federal y los gobiernos locales, los tribunales de drogas de nuestro país están haciendo lo mismo. La manera en que ha sido adoptada en México ocasiona que su atención se centre principalmente en los poseedores de drogas de uso ilícito —jóvenes poseedores simples de marihuana—⁸⁰.

⁸⁰ Es decir a la conducta prevista en el artículo 477 de la Ley General de Salud, que se refiere a la posesión sin fines de comercio o suministro, de una cantidad mayor a la prevista en la tabla del artículo 479, pero inferior a la resultante de multiplicar dicha cantidad por mil.

BIBLIOGRAFÍA

- Ahumada Mandakovic, Alejandra. 2010. "Herramientas legales para la instalación de tribunales de tratamiento de droga en la legislación comparada", en *Conceptos*, núm. 13.
- Amnistía Internacional. 2009. *México: nuevos informes de violaciones de derechos humanos a manos del ejército*. España: Editorial Amnistía Internacional.
- Anaya Muñoz, Alejandro. 2014. *Violaciones a los derechos humanos en el marco de la estrategia militarizada de lucha contra el narcotráfico*. México: CIDE.
- Armenta, Amira y Metaal Pien. 2011 "Al filo de la justicia. Leyes de drogas y cárceles en América Latina", en *Drogas y conflicto*, núm. 18.
- Azaola, Elena y Bergman Marcelo. 2010. *Delincuencia, marginalidad y desempeño institucional. Resultados de la Tercera Encuesta a Población en Reclusión en el Distrito Federal y el Estado de México*. México: CIDE.
- Baranda, Antonio. 2013. "Expande Segob cortes de drogas", en *Reforma*.
- _____. 2014. "Cortes de drogas arrancan en el país", en *Reforma*.
- _____. 2015. "No seré destruido por las drogas", en *Reforma*.
- Baratta, Alessandro. 2009. *Criminología crítica y Crítica del Derecho Penal*. México: Siglo XXI.
- Chicoine, Luke. 2011. "Exporting the Second Amendment: U.S. Assault Weapons and the Homicide Rate in Mexico". REFERENCIA INCOMPLETA
- Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas. 2014. *Estudio diagnóstico del Tribunal de Tratamiento de Adicciones de Guadalupe, Nuevo León, México. Observaciones y recomendaciones*. OEA.
- Consortio Internacional sobre Políticas de Drogas. 2012. *Guía sobre política de drogas*. 2a. ed. IDPC.
- Cooper, Caroline S., Franklin Brent y Mease Tiffany. 2010. *Establishing Drug Treatment Courts: Strategies, Experiences and Preliminary Outcomes*. España: OEA.
- Cooper, Caroline S. (ed.). 2013. *Tribunales de Tratamiento de Drogas: Una Respuesta internacional para infractores dependientes de drogas: Un enfoque práctico de los Tribunales de Tratamiento de Drogas para los responsables de políticas*. OEA.
- Csete Joanne y Catania Holly. 2013. "Methadone Treatment Providers' Views of Drug Court Policy and Practice: a Case Study of New York State", en *Harm Reduction Journal*.

Departamento de Justicia de los Estados Unidos. 1992. *Drugs, Crime and the Criminal Justice System: A National Report*, Washington: Department of Justice, Bureau of Justice Statistics. Disponible en: <http://www.bjs.gov/content/pub/pdf/dcjsnrjbs.pdf>.

Domoslawski, Artur. 2011. *Políticas sobre drogas en Portugal. Beneficios de la descriminalización del consumo de drogas*. Hungría: Open Society Foundations.

Dropelmam Roepke, Catalina. 2008. *Análisis del Proceso de Implementación de los Tribunales de Tratamiento de Drogas en Chile: Avanzando Hacia una Política Pública*. Chile: Fundación Paz Ciudadana.

_____. (ed.). 2010. *Tribunales de Tratamiento de Drogas en Chile*. Chile: Fundación Paz Ciudadana.

Drug Policy Alliance. 2011. *Drug Courts Are Not the Answer: Toward a Health Centered Approach to Drug Use*. Estados Unidos: IDPC.

El Siglo de Torreón. 2014. "Apoyará EU la creación del Tribunal de Adicciones", en *El Siglo de Torreón*, 13 de julio.

Embajada de Estados Unidos. "Iniciativa Mérida. Los cuatro pilares de la cooperación". Disponible en: http://www.usembassy-mexico.gov/merida/smerida_factsheet_fourpillarscooperation.html [fecha de consulta: abril de 2016].

Embajada de Estados Unidos de América en México. "Iniciativa Mérida". Disponible en: <http://spanish.mexico.usembassy.gov/es/temasbilaterales/mexico-y-eu-de-un-vistazo/iniciativamerida.html> [fecha de consulta: febrero de 2015].

Escalante Gonzalbo, Fernando. 2011 "Homicidios 2008-2009. La muerte tiene permiso", en *Nexos*.

Feilding, Amanda (coord.) 2013. *Políticas sobre el cannabis*. México: FCE.

Ferrajoli, Luigi. 1995. *Derecho y razón. Teoría del garantismo penal*. Madrid: Trotta.

Gálvez Órdenes, Masiel, y Veliz Hidalgo Carlo. 2012. *Tribunales de Tratamiento de Drogas. Una Aproximación Jurídico Criminológica*. Memoria para Optar al Grado de Licenciado en Ciencias Jurídicas y Sociales, Universidad de Chile.

García Rivas, Luz Ma. y Barriguete Mázmela Brenda (coord.). 2012. *Actualidades en adicciones 2012. Adicciones y grupos específicos: grupos vulnerables y personas en conflicto con la ley*. Libro 5. México: CONADIC.

Garzón Vergara, Juan Carlos, Diana Esther Guzmán y Rodrigo Uprinmy. *Alternativas al encarcelamiento para los delitos relacionados con drogas*. Colombia: CICAD, 2014.

- Garduño Rivera, Rafael y Nuñez Héctor. 2014. *Evaluación económica del efecto regional de las drogas ilícitas en México*. México: CIDE.
- Giacomello, Corina. 2014. *Propuestas de alternativas a la persecución penal y al encarcelamiento por delitos de drogas en América Latina*. IDPC.
- Global Commission on Drug Policy. 2014. *Asumiendo el control: caminos hacia políticas de drogas eficaces*. GCDP.
- González Aréchiga, Bernardo, Madrazo Lajous Alejandro, Pérez Esparza David y Caballero Juárez José Antonio. 2014. *El mal menor en la gestión de las drogas. De la prohibición a la regulación*. México: Mc Graw Hill Education.
- Guzmán, Diana Esther. 2012. *Las cortes de drogas. Los alcances y retos de una alternativa a la prisión*. IPDC.
- Hernández, Ana Paula. 2010. *Reformas a las leyes de drogas en América Latina. Documento de trabajo, capítulo México. Leyes de drogas y cárceles en América Latina*. WOLA/TNI.
- Hope, Alejandro. 2013. "Violencia 2007-2011. La tormenta perfecta", en *Nexos*.
- Human Rights Watch. 2011. *Ni seguridad, ni derechos. Ejecuciones, desapariciones y tortura en la "guerra contra el narcotráfico"*. México: HRW.
- Husak, Douglas N. 2001. *Drogas y derechos*. México: FCE.
- Instituto Nacional de Cortes de Drogas. 2011. *Manual de Estado Judicial para las Cortes de Drogas*. Estados Unidos: NDCI.
- King, Ryan S. y Pasquarella Jill. 2009. *Drug Courts. A Review of the Evidence*. Washington: The Sentencing Project.
- Koetzle Shaffer, Deborah. 2006. *Reconsidering Drug Court Effectiveness: A Meta-analytic Review*. Las Vegas: University of Las Vegas.
- Latimer, Jeff. 2006. *A Meta-Analytic Examination of Drug Treatment Courts: Do they Reduce Recidivism?* Canadá: Department of Justice.
- López, Lorena. 2014. "Para los adictos, cortes especiales en vez de cárcel", en *Milenio*, 25 mayo.
- Lowenkamp, Christopher T., Holsinger Alexander M. y Latessa Edward J. 2008. "Are Drug Courts Effective: A Meta-Analytic Review", en *Journal of Community Corrections*.
- LSE. 2014. *Acabando con la guerra contra las drogas. Informe del grupo de expertos de LSE en Economía de las Políticas sobre Drogas*. LSE.
- _____. 2012. *Governing the Global Drug Wars, Special Report*. LSE.
- Madrazo Lajous, Alejandro y Alonso Fernanda. 2013. *El derecho a la salud en el sistema constitucional mexicano*. México: CIDE.

Madrazo Lajous, Alejandro. 2014. *El impacto de la política de drogas 2006-2012 en la legislación federal*. México: CIDE.

_____. 2014. *Los costos constitucionales de la guerra contra las drogas: una primera aproximación (desde México)*. México: CIDE.

Martin, Catherine. 2015. *Casualties of War: How the War on Drugs is Harming the World's Poorest*. Londres: Health Poverty Action.

Merino, José. 2011. "Los operativos conjuntos y la tasa de homicidios: Una medición". *Nexos*.

Metaal, Pien y Youngers Coletta (eds.). 2010. *Sistemas sobrecargados: leyes de drogas y cárceles en América Latina*. Washington: TNI/WOLA.

Oficina de Programas de Tribunales de Drogas. 1997. *Tribunales de drogas: Elementos clave*. Estados Unidos: Asociación Nacional de Profesionales de Tribunales de Drogas de los Estados Unidos.

Organización de los Estados Americanos, "Tribunales de Tratamiento en las Américas". Disponible en: http://www.cicad.oas.org/Main/Template.asp?File=/fortalecimiento_institucional/dtca/background_SPA.asp [fecha de consulta: diciembre de 2014].

_____. EU-LAC, "Drug Treatment City Partnerships". Disponible en: <http://www.cicad.oas.org>.

[org/Main/Template.asp?File=/reduccion_demanda/eulac/pdescription/bjobjectives_spa.asp](http://www.cicad.oas.org/Main/Template.asp?File=/reduccion_demanda/eulac/pdescription/bjobjectives_spa.asp) [fecha de consulta: marzo de 2015].

Políticas Públicas en Tratamiento de Drogas en Santo Domingo". Disponible en: http://www.cicad.oas.org/reduccion_demanda/eulac/forum_exchanges/santodomingo/images/Santo_Domingo_Agenda.pdf [fecha de consulta: marzo de 2015].

_____. "Alternativas de tratamiento al encarcelamiento". Disponible en: http://www.cicad.oas.org/Main/Template.asp?File=/reduccion_demanda/eulac/results/colacts/group3_spa.asp [fecha de consulta: febrero de 2015].

_____. 2015. "El nuevo Código de Procedimientos Penales y los Tribunales de Tratamiento de Adicciones"; en *Animal Político*, 18 febrero.

París Pombo, María Dolores y Pérez Lorena Raquel Floriano (coords.). 2013. *La marca de las drogas. Violencias y prácticas de consumo*. México: Colef.

Pérez Correa, Catalina y Azaola Elena. 2012. *Resultados de la Primera Encuesta realizada a Población Interna en Centros Federales de Readaptación Social*. México: CIDE.

Pérez Correa, Catalina y Youngers Coletta (eds.). 2014. *En busca de los derechos: usuarios de drogas y las respuestas estatales en América Latina*. México: CEDD.

Pérez Correa, Catalina (coord.). 2012. *Justicia desmedida. Proporcionalidad y delitos de drogas en América Latina*. México: Fontamara.

_____. 2014. "Consumir sin delinquir". Nexos. Poder Judicial de la Federación. 2011. *El nuevo sistema penal acusatorio, desde la perspectiva constitucional*. México: PJF.

Puga González, Cristian. 2013. "Adicción, salud y autonomía: Una defensa normativa de la legalización de algunos narcóticos para fines recreativos", en *Política y gobierno*, vol. 20, núm. 2.

Roberts, Dorothy E. 1991. "Punishing Drug addicts who Have Babies: Women of Color, Equality, and the Right of rivacy", en *Harvard Law Review*, vol.104, núm. 7, pp. 1419-1482.

Rosmarin, Ari y Eastwood Niamh. 2011. *Una revolución silenciosa: políticas en práctica para la descriminalización de las drogas en el mundo*. Reino Unido: Release.

Santamaría González, Berenice. 2014. "Tribunales para el Tratamiento de Adicciones en México y su prospectiva", CONADIC, presentación de Power Point. Disponible en: http://salud.edomexico.gob.mx/imca/doc/encuentro_preencion-2014dia22/P6_2_Berenice%20Santamaria%20Gonzalez.pdf.

Secretaría de Gobernación y Secretaría de Salud. 2012. "Tribunales para el Tratamiento de las Adicciones", presentación de Power Point obtenida como parte de una solicitud de información.

_____. 2014. *Modelos de Justicia Alternativa para personas con adicciones. Juzgados para el tratamiento de adicciones*. México: Secretaría de Gobernación y Secretaría de Salud.

Silva Forné, Carlos, Pérez Correa Catalina y Gutiérrez Rivas Rodrigo. 2012. "Uso de la fuerza letal. Muertos, heridos y detenidos en enfrentamientos de las fuerzas federales con presuntos miembros de la delincuencia organizada", en *Desacatos*, núm. 40, septiembre-diciembre, pp. 47-64.

Singh Bhati, Avinash, Roman John K. y Chalfin Aaron. 2008. *To Treat or Not To Treat: Evidence on the Prospects of Expanding Treatment to Drug-Involved Offenders*. Estados Unidos: Urban Institute Justice Policy Center.

Smith, Peter H. (comp.) 1993. *El combate a las drogas en América*. México: FCE.

Suprema Corte de Justicia de la Nación. 2014. "Leyes Federales y del Distrito Federal, Código Nacional de Procedimientos Penales, Procesos Legislativos, Dictamen Cámara de Diputados", en *Gaceta parlamentaria*, núm. 3954-III, 4 de febrero. Disponible en: <http://legislacion.scjn.gob.mx/LF/DetalleProcesoLeg.aspx?IdLey=99314&IdRef=1&IdProc=5> [Fecha de consulta: marzo 2015].

Transnational Institute. 2011. *Systems Overload: Drug Laws and Prisons in Latin America*. Amsterdam: Transnational Institute.

Uprimny, Rodrigo, Guzmán Diana Esther y Parra Norato Jorge. 2012. La adicción punitiva. *La desproporción de leyes de drogas en América Latina*. Bogotá: Dejusticia.

Villarreal Palos, Arturo y Sánchez García Verónica. 2014. "Los Tribunales para delincuentes con adicciones y su implementación en México", en *Letras Jurídicas*, núm. 19, otoño, pp. 1-23.

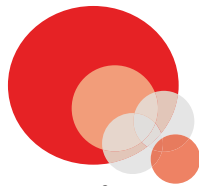
Winick, Bruce J. y Wexler David B. (eds.). 2003. *Judging in a Therapeutic Key: Therapeutic Jurisprudence and the Courts*. Carolina del Norte: Carolina Academic Press.

Vázquez, Rodolfo (comp.) 2010. *¿Qué hacer con las drogas?* México: Fontamara.

Wilson, David B., Ojmarrh Mitchell y Mackenzie Doris L. 2006. "A Systematic Review of Drug Court Effects on Recidivism", en *Journal of Experimental Criminology*.

Zaffaroni, Eugenio Raúl. 2009. *Estructura básica del derecho penal*. Buenos Aires: EDIAR.

Zamudio, Carlos, Chávez Pamela y Zafra Eduardo. 2015. *Abusos en centros de tratamiento con internamiento para usuarios de drogas en México*. Cuadernos Cupihd, núm 8. México: Cupihd.



**Política
de Drogas**

CIDE Región Centro