

La política de drogas en México: *Prevención, reducción de daños y reasignación presupuestal*

ARAM BARRA
AGOSTO 2013

- Durante el año 2007 las muertes directamente atribuidas al abuso de drogas ilícitas en México contaron menos de una décima parte de las producidas por VIH, y una vigésima parte de las atribuidas a obesidad o sobrepeso, mientras que las muertes directamente atribuidas al abuso de drogas ilícitas era una quinta parte de las atribuidas a drogas lícitas como el alcohol o el tabaco. El verdadero problema de salud pública en México está hoy en el abuso de drogas legales como el alcohol y no en el consumo de drogas ilícitas.
- Existen al menos tres áreas de oportunidad y líneas de acción que el Estado mexicano puede impulsar para mejorar su política de drogas, a saber: (1) Complementar las campañas de prevención con intervenciones breves; (2) Recuperar la filosofía de reducción de daños como paradigma de la salud pública, y (3) Revisar la asignación presupuestal para regresar la política de drogas al ámbito de la salud.
- Se dice que por cada dólar que se gasta en prevención, se ahorran por lo menos diez en futuros costes sociales, de salud y delincuencia asociados al uso de drogas. Recientemente se ha buscado evidencia científica para generar políticas, programas y sistemas de prevención que funcionen.
- El concepto de “reducción de daños” engloba políticas, programas y prácticas destinadas a reducir los daños asociados con el consumo de drogas psicoactivas en personas que no pueden o no quieren detener su uso.
- Por cada dólar que México invierte en reducción de la demanda, gasta 16 en el control de la oferta. Si el objetivo es reducir de manera significativa el uso, abuso y dependencia hacia las sustancias psicoactivas tanto legales como ilegales, es de suma importancia que el gobierno mexicano refleje esta priorización en sus presupuestos de salud.



Contexto: La política de drogas en México y la realidad epidemiológica

A pesar de que la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) indica que alrededor del 1.8% de la población en México consumió alguna droga en el último año, el indicador de prevalencia anual o incluso de consumo “alguna vez en la vida” no revela un problema de salud. Que un adulto haya probado una droga alguna vez en su vida no tiene importancia para la salud del país¹. De hecho, en comparación con otros países, México observa una prevalencia muy baja en lo que se refiere al consumo de drogas ilegales. Mientras el 15.2% de la población en República Checa ha consumido marihuana, en México este porcentaje asciende sólo al 1%. Mientras en Escocia el consumo de cocaína se ubica en 3.9% de la población, en México éste se ubica en 0.4%. Lo mismo ocurre con el uso de anfetaminas y éxtasis donde la prevalencia no supera el 0.2%^{2, 3}.

Por ello, durante el año 2007 las muertes directamente atribuidas al abuso de drogas ilícitas contaban menos de una décima parte de las producidas por VIH (SIDA), y una vigésima parte de las atribuidas a obesidad o sobrepeso, mientras que las muertes directamente atribuidas al abuso de drogas ilícitas era una quinta parte de las atribuidas a drogas lícitas, como el alcohol o el tabaco⁴. Así, si bien las 3 principales causas de mortalidad general en México son la diabetes mellitus, las enfermedades isquémicas del corazón y la enfermedad cerebro-vascular⁵ (enfermedades no relacionadas directa o únicamente con el consumo de drogas), la cirrosis hepática y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica aparecen como cuarta y quinta causa de mortalidad general⁶. Esto último refleja que el verdadero problema de salud pública está en el abuso de drogas legales como el alcohol y no en el consumo de drogas ilícitas⁷.

Este contexto, sin embargo, no ha tenido una respuesta holística y formal por parte del Estado. De hecho, no existe ningún documento que defina como tal la ‘política de drogas’. En su lugar, existe un catálogo de referencias legislativas y programáticas que intentan responder a la realidad epidemiológica en su mayoría de manera ineficiente, desarticulada y sin indicadores claros establecidos. Por ejemplo,

México tiene una ley para el tráfico y posesión de sustancias ilícitas que sobrecarga al sistema judicial, descuida la persecución de delitos de alto impacto como el homicidio, la extorsión y el secuestro, y es poco clara con respecto a las referencias y contra-referencias hacia el sistema de salud⁸. Además, en el 2008 se calculó que México tenía un desequilibrio de 16 a 1 a favor de los recursos destinados al control de la oferta versus aquellos destinados a la reducción de la demanda –incluyendo acciones de prevención y tratamiento de las adicciones⁹.

A lo anterior se suma una falta generalizada de información y campañas proactivas de desinformación con respecto a las sustancias psicoactivas, sus efectos y las personas que las usan. Este desconocimiento contribuye de manera directa al estigma, discriminación y criminalización de las personas que usan drogas ilegales, e invisibiliza las necesidades de las personas que usan drogas legales. Si bien México puede mejorar su sistema de salud para garantizar la atención a quien lo requiera, en los últimos 10 años sólo ha destinado un total de 6.8 mil millones de pesos a programas de salud versus 53.1 mil millones de pesos al presupuesto de las instituciones de seguridad pública tan sólo en 2010. Es decir,

1. Madrazo, Alejandro y Guerrero, Ángela (Nexos). *Más caro el caldo que las albóndigas*. En línea: www.nexos.com.mx/?P=leerarticulo&Article=2103069

2. Secretaría de Salud (2011). *Encuesta Nacional de Adicciones*. En línea: www.spps.gob.mx/spps-ena-2011.html

3. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC). *Informe Mundial sobre las Drogas 2012*. En línea: www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/WDR-2012.html

4. *Op. Cit.* Madrazo, Alejandro y Guerrero, Ángela.

5. Dirección General de Información en Salud (DGIS). *Base de datos de defunciones generales 1979-2007*. En línea: Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS), www.sinais.salud.gob.mx/basesdedatos/defunciones.html

6. *Ibidem*.

7. Sistema Nacional de Información en Salud (2008). *Principales causas de mortalidad general*. En línea, disponible en: sinais.salud.gob.mx/mortalidad/

8. Espolea 2011. *Reporte de estudio: Impactos de la Ley de Narcomenudeo en el sistema de salud*. En línea: www.espolea.org/uploads/8/7/2/7/8727772/informe_narcomenudeo.pdf

9. Secretaría de Salud. “Programa de Acción Específico 2007-2012, Prevención y Tratamiento de Adicciones”. En línea: www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/programas/PAE2007_2012_Adicciones.pdf



la inversión en las instituciones de seguridad suma casi 80 veces más que el promedio anual erogado en programas de salud¹⁰. Por ello, fuera de los Centros Nueva Vida, la red de servicios de los Centros de Integración Juvenil y algunas clínicas toxicológicas y de salud mental del sector salud, la inmensa mayoría de los servicios de rehabilitación de adicciones están hoy fuera del control estatal¹¹.

Líneas de acción prioritarias y relevantes para el caso de México

En el contexto antes descrito, existen al menos tres áreas de oportunidad y líneas de acción que el Estado mexicano puede impulsar para mejorar su política de drogas, a saber: **1)** Complementar las campañas de prevención con intervenciones breves que respeten los derechos humanos de niñas, niños y adolescentes; **2)** Recuperar la filosofía de reducción de daños como paradigma de la salud pública para responder a la realidad epidemiológica, y **3)** Revisar la asignación presupuestal como una manera de regresar la política de drogas al ámbito de la salud.

La prevención que funciona y la intervención breve

Se dice que por cada dólar que se gasta en prevención, se ahorran por lo menos diez en futuros costes sociales, de salud y delincuencia asociados al uso de drogas¹². Sin embargo, hasta hace no mucho tiempo los programas de prevención se referían a trípticos de información centrados en los “peligros” de las drogas y con muy pocos impactos y/o cambios comportamentales reportados. Esfuerzos más recientes han procurado la evidencia científica para generar políticas, programas y sistemas de prevención que funcionen¹³.

Aunque los estudios que sostienen la ‘ciencia de la prevención’ son escasos y por ello a veces insostenibles en su ánimo de definir ‘ingredientes’ esenciales para la efectividad de las acciones, el día de hoy sabemos que para generar cambios de comportamiento a largo plazo es más eficiente trabajar con jóvenes en etapa de pubertad que con otros rangos de edad¹⁴. Existen buenas prácticas que indican la relevancia de acercarse a partir de diversas instituciones

(escuela, empleo, esfuerzos comunitarios¹⁵), y de no centrarse en técnicas de enseñanza tradicionales (sermones o conferencias), ni hablar únicamente de los impactos negativos del uso de drogas o enfocarse únicamente en la autoestima o la educación emocional¹⁶.

De vital importancia por su eficiencia en la reducción de la experimentación y el primer uso son los programas y políticas que apuestan a la generación de comunidad, así como la transferencia de financiamiento a esfuerzos comunitarios al respecto. Resaltan por su impacto positivo la construcción de nuevas escuelas, programas de nutrición en las escuelas y proporcionar incentivos económicos de diversa índole a las familias para aumentar la participación escolar y la alfabetización. Para ello, es importante tener políticas al respecto del uso y abuso de sustancias dentro de las instalaciones. Sin

10. *IV Informe de Gobierno*, Presidencia de la República, México.

11. Sánchez, Lisa y Zertuche, Fernando. *Diagnóstico Nacional de Servicios Residenciales en el Tratamiento de las Adicciones*. CICAD-CENADIC, México, 2011.

12. Spoth, R. L., Clair, S., Shin, C., & Redmond, C. “Long-term effects of universal preventive interventions on methamphetamine use among adolescents”. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 160(9), 876., 2006.

13. Una revisión de literatura y estudios científicos se puede encontrar en: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC). *International Standards on Drug Use Prevention*. En línea: www.unodc.org/unodc/en/prevention/prevention-standards.html.

14. Bühler, 2008; Champion, 2012; Dobbins, 2008; Faggiano, 2005; Faggiano, 2008; Fletcher, 2008; Foxcroft, 2011; Gates, 2006; Jackson, 2012; Jones, 2006; Lemstra, 2010; McGrath, 2006; Moreira, 2009; Müller-Riemenschneider, 2008; Pan, 2009; Porath-Waller, 2010; Ranney, 2006; Reavley, 2010; Roe, 2005; Schröer-Günther, 2011; Skara, 2003; Soole, 2008; Spoth, 2008; Thomas, 2006; Thomas, 2008; West, 2004; Wiehe, 2005.

15. Estos esfuerzos pueden ser espontáneos pero el Estado puede también jugar un rol vital en incentivar su existencia mediante la generación de fondos para ese fin. Para leer más sobre esfuerzos comunitarios en contextos de alta vulnerabilidad en México ver: Machín, Juan (LiberAddictus). *La prevención de las farmacodependencias en el Modelo ECO2*. En línea: www.liberaddictus.org/Pdf/0799-75.pdf

16. Bühler, 2008; Faggiano, 2005; Foxcroft, 2011; Jones, 2006; McGrath, 2006; Müller-Riemenschneider, 2008; Pan, 2009; Roe, 2005; Schröer-Günther, 2011; Skara, 2003; Soole, 2008; Spoth, 2008; Thomas, 2006.



embargo, la evidencia científica sugiere revisar estas políticas de manera generalizada, establecer normas y marcos nacionales, y sobreponer los programas de participación e información estudiantil por encima de políticas de castigo, expulsión y/o referencia al sistema judicial¹⁷.

Contrario a lo que la mayoría de los programas de prevención en México implementan, lo que mejor funciona es la prevención dirigida a la población en general (prevención universal), complementada con grupos de apoyo (prevención selectiva) e intervenciones individuales (prevención indicada) para poblaciones en mayor riesgo¹⁸. En lo que refiere a campañas mediáticas de prevención, no existe evidencia científica alguna que sugiera niveles de éxito en la disminución del uso de alcohol y otras sustancias ilegales. Existe, solamente, evidencia de que campañas mediáticas apoyadas de otros componentes preventivos logran prever el uso del tabaco en el mediano plazo¹⁹. En este sentido, es mejor no hacer campañas que hacerlas mal diseñadas o con mala información pues pueden incluso empeorar el contexto al generar audiencias juveniles resistentes o desdefiosas a futuras intervenciones o políticas públicas.

Finalmente, en lo que concierne a la prevención, no existe evidencia científica que demuestre que los programas o iniciativas de promoción del deporte o espacios de recreación tengan correlación con la prevención del uso y/o abuso de sustancias psicoactivas, incluidas el alcohol y el tabaco. Por el contrario, existe evidencia de que los espacios deportivos pueden llegar a tener tasas más altas de fumadores o bebedores en exceso^{20, 21}. Para incidir en estas comunidades, lo mismo que entre otras comunidades vulnerabilizadas²² es necesario hacer intervenciones y programas dirigidos, pues es imposible hacer frente a las vulnerabilidades particulares mediante una estrategia de prevención universal que a menudo se encuentra distante de estas comunidades y limitada en su calendario y alcance.

Quizás aún más importante para la realidad epidemiológica de México es decir que existen al menos 13 buenas prácticas que muestran que las intervenciones breves y las entrevistas motivacionales pue-

den reducir de manera significativa el uso y abuso de sustancias en el mediano plazo^{23, 24}. En general, las intervenciones breves en la atención primaria de salud consisten en una pequeña retroalimentación y consejo de tres minutos de duración o una terapia breve de 15 a 30 minutos de duración²⁵.

En 2010, por ejemplo, la Organización Mundial de la Salud publicó su Manual para uso en la atención primaria, en el que define una técnica de intervención breve que se centra principalmente en modificar la conducta de los usuarios en relación con la sustancia más frecuentemente usada o la que le causa la mayoría de los problemas (ya sea identificada por el usuario mismo o por el sistema de puntuación de la intervención)²⁶. La prueba de detección y la intervención breve tienen por objeto identificar los problemas actuales o potenciales que puede causar el consumo de sustancias, así como motivar a los usuarios que están en riesgo a cambiar su conducta de consumo creando un vínculo entre sus hábitos actuales de consumo y los riesgos y daños asociados.

17. Fletcher, 2008; Moreira, 2009; Reavley, 2010; Thomas, 2008.

18. *Op. Cit.* UNODC, 2013

19. *Ibidem.*

20. La fuente utiliza el término en inglés '*binge drinking*' que se define como el epíteto moderno para el consumo de bebidas alcohólicas con el objetivo principal de convertirse en estado de embriaguez por consumo excesivo de alcohol en un corto período. Definición tomada de Renaud, SC. (2001). "Diet and stroke". *J Nutr Health Aging* 5 (3): 167-72. PMID 11458287 (Traducción del autor).

21. *Op. Cit.* UNODC, 2013

22. Niños, niñas y jóvenes fuera de la escuela, en situación de calle, soldado o involucrados en el crimen organizado, desplazados o post-conflicto, y niños, niñas y jóvenes en hogares de guarda, orfanatos y en el sistema de justicia de menores.

23. *Op. Cit.* UNODC, 2013

24. Incluso una sola sesión de intervención breve o entrevistas motivacionales pueden producir resultados significativos y duraderos. Una mayor duración de asesoramiento no parece añadir ganancias adicionales. La intervención breve se ha encontrado rentable y transferible a diversos contextos geográficos. (UNODC, 2013)

25. Miller W, Rollnick. *Motivational Interviewing*. 2nd. Ed. New York and London, Guilford Press, 2002.

26. Humeniuk RE, Henry-Edwards S, Ali RL, Poznyak V y Monteiro M. *Intervención breve vinculada a ASSIST para el consumo riesgoso y nocivo de sustancias: Manual para uso en la atención primaria*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011.



En este sentido, la intervención breve se presenta como una oportunidad de acción en el caso de México tanto para recuperar información estadística que llene los vacíos de información en nuestro estado epidemiológico, como para complementar los trabajos que hace el Estado en lo que a atención primaria se refiere. Como se dijo antes, la acción ofrece la oportunidad de identificar e intervenir a los usuarios cuyo consumo de sustancias (incluías alcohol y tabaco) es riesgoso y nocivo. Por otro lado, permite la promoción de la salud y la prevención de enfermedades en otros programas de atención primaria como la inmunización y las revisiones periódicas relacionadas a estilos de vida riesgosos.

La ‘reducción de daños’ llegó para quedarse

La reducción de daños se comprende como un cúmulo de criterios para tomar decisiones con respecto a cómo reducir los efectos adversos del uso de drogas y de la guerra contra ellas²⁷. En este sentido, el concepto de “reducción de daños” engloba políticas, programas y prácticas destinadas a reducir los daños asociados con el consumo de drogas psicoactivas en personas que no pueden o no quieren detener su uso. Los rasgos distintivos de este cúmulo de acciones son su enfoque en la prevención de los riesgos y los daños, más que en la prevención del consumo de drogas en sí, así como en la atención a las personas que usan drogas actualmente.

Aunque las acciones de ‘reducción de daños’ se han implementado en diversos países durante los últimos 30 años, el día de hoy el concepto sigue requiriendo especial atención para desarrollar métodos innovadores de atención; modelos de cuidado más efectivos; eliminación de barreras estructurales de acceso y, el mantenimiento de un compromiso fehaciente de involucrar a aquellas personas que son afectadas más directamente por el uso de drogas. En otras palabras, la filosofía de reducción de daños se puede plantear el día de hoy como un paradigma de la salud pública que responde al hecho de que las personas utilizan sustancias psicoactivas nos guste o no. Sin embargo, es necesario adecuar y contextualizar estas experiencias a las necesidades epidemiológicas del país.

Para eso, sabemos que la reducción de daños ha sido más eficaz cuando es integrada a las comunidades desde la base, mediante un enfoque compasivo que utiliza estrategias pragmáticas para involucrar y capacitar a las personas afectadas para reducir el daño²⁸. Aunque este enfoque no fue desarrollado como respuesta al tratamiento basado en la abstinencia, gran parte de la acalorada discusión a favor o en contra de la reducción de daños en realidad se basa en dos polémicas sociales relacionadas a la conducta misma del uso de drogas: **a)** Si es moral, y **b)** si debe ser tolerado.

Sin embargo, la reducción de daños no significa una afrenta a los objetivos planteados por los programas de abstinencia²⁹. Lejos de amenazar los intereses de un individuo en la abstinencia, las técnicas de reducción de daños se pueden utilizar para apoyar la abstinencia misma como se haría con cualquier paso positivo hacia la reducción del daño o riesgo asociado a la sustancia y su uso. Por otro lado, la reducción de daños no prescribe la abstinencia ni usa tácticas coercitivas para obtenerla porque esas tácticas, sin darse cuenta, pueden provocar más daños por sí mismas³⁰.

Según la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), el 3% de la población mundial es usuaria habitual de drogas. De este universo, únicamente el 12% del total de personas que usan drogas ilícitas desarrollará dependencia o adicción³¹. Aún más, según la Organización Mundial de

27. González, Brun. *Guías Para el Debate* “¿Qué es la reducción de daños?”. Espolea 2012. En línea: www.espolea.org/3/post/2012/04/gpd-que-es-la-reduccion-de-danos.html

28. Cook, Catherine; Bridge, Jamie, y Stimson, Gerry. “The diffusion of harm reduction in Europe and beyond”. En línea: www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_101266_EN_emcdda-harm%20red-mon-ch2-web.pdf

29. Marlatt, G. Alan; Larimer, Mary E., y Witkiewitz, Katie. *Harm reduction: Pragmatic Strategies for Managing High-Risk Behaviors*. Guilford Press, Dec 7, 2011

30. Denning, Patt. *Practicing Harm Reduction Psychotherapy: An Alternative Approach to Addictions*. New York, Guilford Publications, 2000.

31. UNODC / WHO (2008). “Principles of Drug Dependence Treatment”. En línea: <http://www.unodc.org/documents/drug-treatment/UNODC-WHO-Principles-of-Drug-Dependence-Treatment-March08.pdf>



la Salud, de los 320 millones de personas que usan drogas en el mundo, el 90% son usuarios no problemáticos³². En México, de cuatro y medio millones de personas entre 12 y 65 años de edad que han probado alguna vez una droga ilegal, casi 600 mil personas usan drogas ilegales de manera cotidiana³³. En este contexto, la reducción de daños se posiciona como una herramienta política y programática para responder a la mayoría de la población usuaria de drogas no problemática. Quizás aún más importante es la revisión de literatura más reciente con respecto a la reducción de daños para el uso y abuso de tabaco y alcohol³⁴.

Si bien el Estado mexicano ofrece servicios de reducción de daños por medio de programas de intercambio de jeringas y terapia de sustitución de opiáceos en ciertas ciudades del país, es importante resaltar la relevancia de la reducción de daños para el uso y el abuso de sustancias no inyectadas. Otros países de la región, por ejemplo, han comenzado a estudiar el tratamiento con hojas de arbusto de coca³⁵, cocaína oral y cannabis como tratamiento para la adicción a la pasta base o el crack^{36,37}, o como sustituto del alcohol³⁸. Particularmente, queda la pregunta abierta con respecto al uso y abuso de sustancias inhalables en México y lo que la reducción de daños puede proponer al respecto³⁹. Ahí, sin embargo, los esfuerzos del Estado mexicano parecen centrarse en todo lo que sabemos que no funciona de la prevención, y obvia implementar cualquier tipo de reducción de daños en la materia⁴⁰.

Reorientación presupuestal en la respuesta al fenómeno de las drogas

Si el objetivo es reducir de manera significativa el uso, abuso y dependencia hacia las sustancias psicoactivas tanto legales como ilegales, es de suma importancia que el gobierno mexicano refleje esta priorización en sus presupuestos de salud. En lo particular, existen dos áreas de oportunidad en lo que se refiere a la reorientación presupuestal, a saber: **a)** la posibilidad de priorizar la salud pública y la seguridad social en la respuesta estructural a carencias y necesidades populares asociadas al fenómeno de las drogas, y **b)** aprovechar la existencia de la red nacional de servicios para comenzar a responder a

necesidades relacionadas con el uso de drogas, como lo son la salud mental, el trabajo sexual, la salud sexual y reproductiva y la seguridad alimentaria, entre otras. Sin embargo, ello no parece ser el camino que por el momento la nueva administración de Enrique Peña Nieto piensa tomar en materia de salud.

Como hemos dicho antes, por cada dólar que México invierte en reducción de la demanda, gasta 16 en el control de la oferta⁴¹. Durante el 2013, la Secretaría de Salud federal mantendrá su presupuesto de 4 mil millones de pesos para el manejo y la

32. *Ibidem*.

33. Secretaría de Salud Federal, Comisión Nacional contra las Adicciones. *Encuesta Nacional de Adicciones 2011*. En línea: www.conadic.salud.gob.mx/interior/ena_.html

34. Dos revisiones de literatura que vale la pena tomar en cuenta son: National Institute for Health and Care Excellence (NICE). *Tobacco - harm reduction: evidence review*. En línea: <http://guidance.nice.org.uk/PHG/52/Consultation/EvidenceReviews/pdf/English> y University of Washington, Addictive Behaviors Research Center. *Harm reduction approaches to alcohol use: health promotion, prevention, and treatment*. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12369473

35. Hurtado-Gumucio, Jorge. *Coca leaf chewing as therapy for cocaine maintenance*. *Ann. Med. Interne, Masson, Paris*, 2000. 151, suppl. B, pp. B44-B48

36. Dreher, Melanie. *Crack Heads and Roots Daughters: The Therapeutic Use of Cannabis in Jamaica*. Co-publicado simultáneamente en *Journal of Cannabis Therapeutics* (The Haworth Press, Inc.) Vol. 2, No. 3/4, 2002, pp. 121-133; y: *Women and Cannabis: Medicine, Science, and Sociology* (ed: Ethan Russo, Melanie Dreher, and Mary Lynn Mathre) The Haworth Press, Inc., 2002, pp. 121-133.

37. Labigalini Jr, Eliseu; Ribeiro Rodrigues, Lucio y Da Silveira, Dartiu Xavier. "Therapeutic use of cannabis by crack addicts in Brazil". *Journal of Psychoactive Drugs*; Oct-Dec 1999; 31, 4; Health & Medical Complete pg. 451

38. *Addiction Research and Theory, Early Online*: 1-8. *Cannabis as a substitute for alcohol and other drugs: A dispensary-based survey of substitution effect in Canadian medical cannabis patients*. Informa UK Ltd, 2012.

39. El Plan Rector para la Atención Integral del Consumo de Inhalables en la Ciudad de México, por ejemplo, reconoce que entre 2003 y 2009, el consumo de inhalables se triplicó, y en mujeres creció cinco veces. El día de hoy, los inhalables son la primera droga de consumo en escuelas secundarias, con una relación de una a uno entre sexos. Para más información consultar el *Plan Rector* del Instituto del DF para la Atención y Prevención de las Adicciones (IAPA). México, DF. Octubre de 2012.

40. Secretaría de Salud, Gobierno del Estado de México. *Inicia la segunda Campaña Permanente para la Prevención del Consumo de Inhalables*. En línea: salud.edomex.gob.mx

41. *Op. Cit.* Secretaría de Salud.



prevención de adicciones⁴². Ello no significa, según Mercedes Juan, la titular de la dependencia federal, que se vaya a ampliar la red de servicios residenciales en el tratamiento de las adicciones con las que cuenta el Estado mexicano. La Secretaría de Salud propone, en vez, concentrarse en ‘fortalecer dichos servicios’⁴³. Esto es sin duda algo sumamente necesario pues en muchas ocasiones, quienes brindan los servicios de atención y prevención de adicciones no cuentan con las capacidades y entrenamiento suficiente para realizar dicha tarea.

Sabemos que para el 2012, de la capacidad instalada de tratamiento, tan sólo el 24% de los directores o responsables de los establecimientos a lo largo y ancho del país tienen educación primaria completa, 31% secundaria completa y 19% preparatoria. De igual forma, el 58% no tiene estudios especializados en adicciones, y de aquellos que los tienen, el 56% se limita a cursos, talleres y/o seminarios, 33% a diplomados y sólo 2% a licenciatura⁴⁴. Por ello, es en efecto estratégico que la dependencia se plantee fortalecer la infraestructura actual, sobre todo en lo que se refiere al capital humano y su capacidad, y mejorar la calidad de los servicios ya establecidos.

Sin embargo, no parece haber ninguna reflexión por parte de la Secretaría de Salud sobre la relevancia de la prevención que funciona y/o los programas de reducción de daños para uso de drogas no inyectadas. Como hemos visto, a diferencia del tratamiento –que es imprescindible– estas herramientas van dirigidas a la mayoría de la población y al universo de personas que usan drogas de manera no problemática. Nuevamente, no hay indicios de que este sea el camino a tomar toda vez que la titular de la dependencia vincula el uso y la delincuencia de manera directa e intenta defender un tránsito lineal del uso de drogas legales a uso de drogas ilegales⁴⁵, argumento que carece de evidencia científica suficiente⁴⁶. Además, el Programa contra el Alcoholismo a nivel nacional continúa enfocándose en grupos etarios como la niñez temprana en los que la prevención no es tan efectiva⁴⁷, como vimos anteriormente. Esto último es relevante ya que para lograr una reducción de la prevalencia de uso y abuso, es necesario dirigir las intervenciones de acuerdo a lo que se sabe más eficiente y eficaz para lograr dicho resultado.

Alternativas y propuestas pertinentes en respuesta al fenómeno de las drogas

Hasta ahora hemos analizado diversas posiciones en torno a respuestas al fenómeno de las drogas. Además, hemos observado la relevancia de intervenciones como la prevención de uso basada en la ciencia, las intervenciones breves y entrevistas motivacionales, y la reducción de daños en el contexto epidemiológico nacional. A continuación abordaremos diferentes propuestas para atender las necesidades planteadas hasta ahora. De igual forma, presentaremos al actor o actores más relevantes para impulsar acciones y los requerimientos que parecen esenciales para su desempeño inicial. Las propuestas responden a la división temática que se ha hecho a lo largo del presente texto, a saber: **1)** la prevención que funciona y la intervención breve, y **2)** la reducción de daños. En lo que respecta a la reorientación presupuestal, las alternativas y propuestas se incorporan de manera directa en los dos temas mencionados anteriormente.

En lo que concierne a la prevención que funciona y la intervención breve, se propone revisar las campañas de prevención actual y fomentar el estudio de las mismas, su reorientación con base en evidencia científica, así como la creación y distribución de información completa con respecto a las drogas. Esto se refleja en la siguiente tabla (Tabla 1):

42. Alatorre, Adriana (Reforma). “Esperan bajar adicciones en un año”. El 3 de abril de 2013 en *Sección Nacional*, pág. 6.

43. *Ibidem*.

44. *Op. Cit.* Sánchez, Lisa y Zertuche, Fernando.

45. *Op. Cit.* Alatorre, Adriana.

46. Barra, Aram y Sánchez, Lisa (Espolea). *Guías Para el Debate* “15 mitos en el debate de drogas”. En línea: www.espolea.org/1/post/2013/01/gpd-15-mitos-en-el-debate-de-politicadrogas.html

47. Alatorre, Adriana (Reforma). “Buscan detectar riesgo de alcohol en adolescentes”. El 5 de abril de 2013 en *Sección Nacional*, pág. 2.



Tabla 1

Alternativas y propuestas sobre prevención que funciona y la intervención breve

Diferentes alternativas	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión de campañas de prevención y re-orientación de población objetivo • Incremento de presupuesto establecido para incentivar acciones innovadoras por medio de las osc. • Promoción de información objetiva, completa y oportuna sobre las sustancias, las personas que las usan, las leyes que las norman y los servicios de reducción de daños y tratamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Implementación de intervenciones breves con base en lineamientos de OMS/PAHO y respetando los derechos humanos de niñas, niños y adolescentes. • Recuperación de información estadística por medio de intervenciones breves y fomento de estudios en la academia y las osc. • Crear lineamientos para la incorporación de políticas escolares sobre las drogas, fomentando la respuesta social y educativa por encima de la jurídico-penal.
Actor o actores	Mixto (Provisión de información existente por parte del gobierno y estudio y análisis por parte de Academia y osc. Fomento del trabajo de osc que publican y distribuyen información al respecto)	Mixto (Trabajo colaborativo entre gobierno y osc para implementar y escalar intervenciones breves. Apoyo por parte de la academia en análisis y estudio de información estadística)
Necesidades	<ul style="list-style-type: none"> • Voluntad política y reorientación presupuestal. • Es central a la propuesta incrementar el porcentaje del presupuesto dirigido a la prevención versus el número de centros de tratamiento. • En muchos casos, el sistema de salud puede crecer su trabajo de prevención estableciendo convenios de colaboración con las osc y la academia. 	<ul style="list-style-type: none"> • La Secretaría de Salud federal pretende implementar un “tamizaje” por medio de su Programa contra el Alcoholismo que puede ser re-orientado en sus objetivos y capacidad para recuperar información sobre otras drogas, completando el trabajo con una intervención profesional. • De igual forma, la dependencia puede fomentar la creación de lineamientos para políticas escolares de existir voluntad política para hacerlo.

Por su parte, en la reducción de daños vemos al menos tres oportunidades de acción que pueden ser llevadas a cabo de manera inmediata de contar con la voluntad política para hacerlo. Éstas se refieren a la ampliación de servicios con base en los ofrecidos actualmente, la integración de programas y la apertura de nuevos servicios. Los detalles se resumen en la tabla siguiente (Tabla 2):

Conclusiones

Como hemos visto hasta ahora, aunque la prevalencia del uso de sustancias ilegales ha incrementado, ello no representa un problema de salud pública.

Por el contrario, el uso de sustancias legales parece fuera de control y las respuestas en materia de prevención, educación y tratamiento están, en general, mal orientadas o alejadas de lo que la evidencia científica indica como lo más eficiente y efectivo para reducir el número de personas que usan estas sustancias. No obstante, existen áreas de oportunidad para la mejora inmediata de la respuesta del sistema de salud al fenómeno de las drogas.

Para ello, es esencial revisar de manera profunda la literatura más reciente con respecto a la prevención que funciona. Además, podemos recuperar los mejores ejercicios y experiencias con la utilización de



Tabla 2

Alternativas y propuestas sobre reducción de daños

Diferentes alternativas	Ampliación de los servicios actuales con base en los ya ofrecidos el día de hoy por el gobierno.	Integración holística de programas relacionados y en respuesta al fenómeno de las drogas, e incentivar la respuesta por parte de los sistemas de salud y desarrollo social por encima de la justicia penal.	Apertura de nuevos servicios para contextos de alto sufrimiento social, incluyendo terapias de sustitución y modelos de espacios seguros de uso de drogas.
Ideas generales	<ul style="list-style-type: none">• Los servicios ofrecidos el día de hoy se refieren a programas de intercambio de jeringas y sustitución de opiáceos para el caso de personas adictas a la heroína.• La ampliación se refiere a la provisión de estos mismos servicios en contextos focalizados como el caso de las prisiones y otras ciudades con prevalencia de uso identificada.• Como se elaboró anteriormente, existe literatura suficiente para implementar programas de reducción de daños en el uso de alcohol, tabaco, cocaína y crack.	<ul style="list-style-type: none">• Generar un mapeo de programas actualmente en acción para analizar las posibles referencias entre ellos. Por ejemplo, los programas de alcoholímetro implementados por fuerzas policiales o dependencias de seguridad no se vincula directamente con las autoridades de salud o los centro de tratamiento.• Homologar el lenguaje utilizado entre distintas dependencias en sus materiales informativos y dirigidos a la población en general y focalizada.• Aprovechar las estructuras de los sistemas de salud y desarrollo social para incentivar el uso de penas alternativas para usuarios de drogas que sean juzgados bajo la 'ley de narcomenudeo' por delitos no violentos.	<ul style="list-style-type: none">• En México existen al menos dos ejemplos actuales de modelos exitosos de intervención basados en ECO2 que reportan mejora del sufrimiento social extremo.• Existen experiencias que han integrado a los programas de intercambio de jeringas y sustitución de opiáceos con espacios seguros de uso de drogas. InSite, en Canadá, es sólo uno de los varios ejemplos de ello, reportando excelentes resultados en disminución del uso, del número de muertes por sobredosis y del número de pacientes que ingresan a tratamiento y lo completan exitosamente.
Actor o actores	Mixto. (Gobierno y osc escalando servicios establecidos y Academia en generación de estudios y análisis).	Mixto. (Gobierno con apoyo de la Academia y osc para la realización del mapeo).	Mixto. (Gobierno impulsando nuevos servicios directamente e incentivando económicamente la externalización de servicios por medio de las osc).
Necesidades	Voluntad política para entender a la reducción de daños como una estrategia intermedia entre la prevención y el tratamiento, y definición presupuestal de acuerdo a ello.	Voluntad política desde Presidencia y su gabinete para incentivar el trabajo colaborativo entre instituciones. En la misma línea, el CONADIC y el CENADIC pueden jugar un rol de liderazgo estratégico en dicho proceso.	Voluntad política para trabajar con osc y Academia en la medición de impactos en servicios y presupuesto para incentivar la participación de otros actores en el establecimiento de nuevos servicios basados en mejores prácticas y el respeto a los derechos humanos de las personas que usan drogas.



intervenciones breves y programas de reducción de daños. Sin embargo, todo esto requiere de voluntad política por parte del gobierno y los titulares de las dependencias de salud, educación, desarrollo social y seguridad, principalmente para colaborar con la academia y la sociedad civil. De igual forma, la reorientación presupuestal para escalar de manera efectiva estas respuestas es la base de cualquier acción.

Es inminente fomentar la participación de la academia y la sociedad civil en el estudio de impactos, evaluación específica de áreas de oportunidad y recomendaciones técnicas en el funcionamiento y alcance de los servicios por medio de incentivos financieros y el acceso a información estratégica. El día de hoy, México tiene poca información recabada y/o desagregada para el planteamiento efectivo de programas y políticas públicas. En este punto, las dependencias federales y estatales tienen un rol muy importante que jugar en el levantamiento de información estadística. Además, las intervenciones breves pueden servir como un mecanismo de recuperación de información, lo mismo que ampliación del alcance la prevención que funciona, siempre y cuando respeten cabalmente los Derechos Humanos de niñas, niños y adolescentes.

Finalmente, es importante resaltar que nada de lo anterior será posible sin la buena fe por parte de los actores involucrados en el debate sobre las políticas de drogas y el reconocimiento de los Derechos Humanos y las necesidades particulares de las personas que usan y abusan de las sustancias psicoactivas. El piso base común a partir del cual construir debe ser, sin lugar a dudas, reconocer que las personas que usan drogas y aquellas que tienen un problema con ellas son, ante todo, personas y por lo tanto, merecen nuestro respeto. Responder a sus necesidades desde el sistema de salud -y no con la justicia penal- significa reconocer su derecho a acceder al nivel más alto posible de salud.



Autor

Aram Barra

Internacionalista por la Universidad de Las Américas - Ciudad de México y Director del Programa de Política de Drogas y Reducción de Daños de Espolea A.C.

Pie de imprenta

Fundación Friedrich Ebert en México
Yautepec 55 | Col. Condesa
06140 | México, DF | México

Responsable

Dr. Thomas Manz | Representante en México
Teléfono +52 (55) 5553 5302
Fax +52 (55) 5254 1554
www.fesmex.org

Fundación Friedrich Ebert en México

La Fundación Friedrich Ebert (FES), fundada en 1925 en Alemania, es una institución privada de utilidad pública comprometida con las ideas de la Democracia Social. Lleva el nombre del primer presidente del Estado alemán elegido democráticamente, Friedrich Ebert, y es portadora de su legado en cuanto a la configuración política de la libertad, la solidaridad y la justicia social. A este mandato corresponde la Fundación en el interior y exterior de Alemania con sus programas de formación política, de cooperación internacional y de promoción de estudios e investigación.

En México, la FES inició sus actividades en 1969 buscando contribuir al fortalecimiento y consolidación de las instituciones democráticas mexicanas, apoyando a aquellos agentes comprometidos con el respeto a la democracia, la justicia social y el entendimiento internacional. Actualmente la Fundación Friedrich Ebert en México ofrece plataformas de diálogo, talleres de fortalecimiento de las capacidades públicas de actores progresistas, asesoría institucional, consultorías y análisis político y de políticas.