



GOBIERNO DE
MÉXICO

INFORME SOBRE LA SITUACIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS EN MÉXICO Y SU ATENCIÓN INTEGRAL 2019

El Informe sobre la situación del consumo de drogas en México y su atención integral, delinea la situación general que guarda el consumo de drogas en nuestro país y describe las acciones que actualmente se implementan en el control de la oferta y la reducción de la demanda.



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



CONADIC
COMISIÓN NACIONAL CONTRA
LAS ADICCIONES

DIRECTORIO

Dr. Jorge Alcocer Varela

Secretario de Salud

Dra. Nora Leticia Frías Melgoza

Directora General y Encargada de Despacho de la Comisión
Nacional contra las Adicciones

Lic. Arístides Bautista Bautista

Director de Comunicación Educativa

Mtra. Lizbeth Roberta García Quevedo

Directora de Vinculación y Coordinación Operativa

Lic. Monserrat Lovaco Sánchez

Directora de Coordinación de Estrategias

Mtra. Nadia Robles Soto

Directora de Coordinación de Programas Nacionales

Lic. Alejandra Rubio Patiño

Directora de Cooperación Internacional

Mtro. Arturo Sabines Torres

Director de la Oficina Nacional para el Control del Tabaco

Lic. Evangelina Tapia Pérez

Directora de Estrategia y Procesos

Desarrollo:

Dr. Alejandro Sánchez Guerrero- Asesor de COPOLAD
Mtra. Nadia Robles Soto. Comisión Nacional contra las Adicciones
Mtro. Eiji Alfredo Fukushima Taniguchi. Comisión Nacional contra las Adicciones
Esp. Judith Elisa Ferrer Alarcón. Comisión Nacional contra las Adicciones

Colaboración técnica:

Mtra. Xóchitl Flores del Ángel. Comisión Nacional contra las Adicciones
Esp. Beatriz Méndez Velázquez. Comisión Nacional contra las Adicciones
Mtro. Jaime Espinosa Cotto. Comisión Nacional contra las Adicciones

© Ciudad de México, 2019

Agradecimientos y descargo de responsabilidad.

Los editores desean agradecer al Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT) y al Observatorio Interamericano sobre Drogas (OID-CICAD-SSM-OEA) por el apoyo y la orientación brindados durante la redacción de este informe, a través de su participación en Grupo de trabajo de COPOLAD: Elaboración de Informes Nacionales.

Este informe se ha desarrollado con el apoyo del Programa de Cooperación entre América Latina, el Caribe y la Unión Europea en Política de Drogas (COPOLAD). Los contenidos, datos, vistas o posiciones incluidas en él, son responsabilidad exclusiva de los autores y editores (Comisión Nacional contra las Adicciones), y no necesariamente reflejan las opiniones o posiciones del Consorcio COPOLAD, el Órgano Ejecutivo y de Coordinación de la COPOLAD (BCE-FIIAPP), el OEDT, la OID-CICAD-SSM-OEA o de la Comisión Europea. Los datos no han sido sujetos a los procedimientos regulares de verificación de datos del OEDT.

Nota sobre el informe 2019: La primera versión del informe se realizó en el marco de las acciones conjuntas del Observatorio Mexicano de Drogas con el Programa de Cooperación entre América Latina, el Caribe y la Unión Europea en Política de Drogas en el año 2018 y se consideró la información correspondiente al año 2017. Para esta segunda versión y cuando fue posible, se actualizaron los datos al periodo enero-diciembre 2018.

Índice

PROLOGO	6
RESUMEN EJECUTIVO	7
A. CONTEXTO NACIONAL DE POLÍTICA DE DROGAS	9
1. Principales indicadores demográficos, económicos y sociales del país.....	9
2. Marco legal.....	12
3. Política de drogas.....	17
4. Análisis económico.....	19
5. Conclusiones.....	19
6. Fuentes y metodología.....	20
B. INFORMACIÓN RELACIONADA CON LA DEMANDA DE DROGAS	21
I. Epidemiología del consumo de drogas en la población general y grupos en situaciones de riesgo específico	21
1. Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017 (ENCODAT).....	21
4. Consumo de drogas en jóvenes que se encuentran en centros de Tratamiento por infringir las leyes penales.....	30
6. Conclusiones.....	33
7. Fuentes y metodología.....	33
II. Prevención del consumo de drogas	35
1. Políticas y coordinación.....	35
2. Características de las intervenciones preventivas.....	36
3. Instituciones que operan programas de prevención.....	37
4. Personas que participan en intervenciones preventivas.....	39
5. Campañas en los medios de comunicación.....	41
6. Evaluación y seguimiento a los servicios de prevención.....	41
7. Conclusiones.....	42
8. Fuentes y metodología.....	43
III. Tratamiento del consumo de drogas	44
1. Coordinación de la Red Nacional de Atención y Tratamiento del Consumo de Sustancias Psicoactivas en México.....	44
3. Número de personas admitidas a tratamiento en los servicios de atención ambulatoria.....	46
4. Servicios Residenciales de Atención al Consumo de Sustancias Psicoactivas.....	46
5. Información epidemiológica y características de las personas que acuden a la red nacional de atención por problemas de consumo de drogas.....	49
6. Modelos de tratamiento.....	54
7. Evaluación y seguimiento a los servicios de tratamiento.....	55
8. Conclusiones.....	59
9. Fuentes y metodología.....	59
1. Muertes directamente asociadas con el consumo de drogas.....	61
2. Muertes indirectamente asociadas con el consumo de drogas.....	62
3. Muertes relacionadas con consumo de drogas según el Servicio Médico Forense (SEMEFO).....	62
5. Servicio de urgencias hospitalarias, 2018 (SISVEA).....	65
6. Enfermedades infecciosas relacionadas con las drogas.....	66

7. Programa de Mantenimiento con Metadona.....	69
8. Evaluación y seguimiento.....	69
9. Conclusiones.....	70
10. Fuentes y metodología.....	70
C. OFERTA DE DROGAS	71
I. Políticas y coordinación	71
II. Mercado de las drogas	71
1. Incautaciones de drogas.....	71
2. Origen de las drogas incautadas.....	73
3. País más reciente antes de la entrada a México de las drogas o precursores químicos incautados.....	73
4. Destino final de las drogas o precursores químicos incautados.....	73
5. Medios de transportación utilizada en el momento de la incautación.....	74
6. Método de contrabando de drogas utilizado.....	74
7. Otros bienes incautados en relación directa con las drogas.....	74
8. Precio por tipo de droga incautada en el mercado de distribución (precio por kilo).....	74
9. Precio de mercado de las drogas al menudeo.....	74
10. Pureza de las drogas.....	74
11. Conclusiones.....	75
12. Fuentes y metodología.....	75
III. Delitos contra la salud	76
1. Población privada de su libertad en el Sistema Penitenciario Nacional.....	76
2. Incidencia delictiva de acuerdo a la Ley General de Salud.....	76
3. Incidencia delictiva de acuerdo a la Ley Federal contra la Delincuencia Organizada.....	76
4. Número de personas que ingresaron, egresaron y recluidas por delitos de narcomenudeo.....	77
5. Conclusiones.....	77
6. Fuentes y metodología.....	77
D. INVESTIGACIÓN	79
I. Investigación sobre drogas	79
1. Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”.....	79
2. Centros de Integración Juvenil.....	79
3. Investigaciones apoyadas por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología.....	79
4. Conclusiones.....	79
E. ANEXOS	80
Índice de Tablas	86
Índice de Figuras	88

PROLOGO

Sin duda alguna, en los últimos años nuestro país, de manera similar al resto del orbe, ha enfrentado importantes cambios, políticos, económicos, sociales, ambientales y en consecuencia sanitarios. Tal como lo señala la Organización Mundial de la Salud, el mundo se encuentra en un momento decisivo en la historia de las Enfermedades no Transmisibles, las cuales se ven favorecidas por los efectos de la globalización en el comercio, el rápido proceso de urbanización, el envejecimiento de la población y los estilos de vida poco saludables, que incluyen dietas inadecuadas, inactividad física y el consumo de sustancias psicoactivas.

En esta tesitura, el consumo de drogas constituye un notable problema de salud pública en México. Estudios recientes refieren una transición epidemiológica que apunta hacia tres vertientes: la disminución en la edad de inicio, el incremento del consumo entre adolescentes y una importante incursión de las mujeres, sobre todo las jóvenes, en los contextos del uso de drogas. Este fenómeno se asocia a consecuencias serias tanto a nivel individual, familiar y social, lo que representa un reto en materia de prevención y atención integral oportuna.

En este contexto, surge la necesidad creciente de comprender las causas del fenómeno del uso de sustancias para entender todos sus ángulos, a fin de establecer políticas públicas, fundamentadas en información oportuna, objetiva y confiable. Favorablemente, dicha información es factible obtenerla gracias a que en nuestro país existe una amplia tradición de levantamiento de encuestas nacionales sobre el consumo de sustancias psicoactivas, además de contar con el Observatorio Mexicano de Drogas, que es el área de la CONADIC encargada de recopilar y analizar la información proveniente de diversas fuentes de información, como unidades de salud con servicios de atención a urgencias y hospitalización y centros especializados en la atención de usuarios de drogas, para brindar un panorama actualizado de la situación de las Drogas en nuestro país.

El Informe sobre la situación del consumo de drogas en México y su atención integral está dirigido a los actores de los sectores públicos, privado y social y de los tres órdenes de gobierno, interesados en sumar esfuerzos para prevenir y brindar atención al consumidor de sustancias psicoactivas. En este primer informe, se delinea la situación general que guarda el consumo de drogas en nuestro país y se describen puntualmente las acciones que se han implementado en el último año en materia del control de la oferta y la reducción de la demanda.

La Comisión Nacional contra las Adicciones agradece a todas las instituciones públicas y organizaciones sociales que generosamente aportaron información para integrar este informe, asimismo, agradecemos el invaluable apoyo y asesoría del Programa de Cooperación entre América Latina, el Caribe y la Unión Europea en Políticas sobre Drogas (COPOLAD).

Dra. Nora Frias Melgoza
Directora General y Encargada de Despacho
de la Comisión nacional contra las Adicciones

RESUMEN EJECUTIVO

La situación de drogas en México, tanto en su vertiente de oferta como de demanda, se encuentra estrechamente ligada a las condiciones económicas, culturales, sociales e históricas que han prevalecido en el país en las últimas décadas. Una lectura analítica de este complejo fenómeno sería completamente parcial, si se deja de lado el contexto en que ocurren y transcurre la vida institucional y cotidiana. Desde los años 70, el fenómeno de las drogas, particularmente lo relacionado con la producción, transportación y comercio, comenzó a ocupar mayores espacios en el desarrollo de políticas y recursos legales; muestra de ello es el robusto marco legal que se ha construido con el objetivo de controlar, normar y regular las diversas actividades asociadas. En este contexto, el país ha colaborado activamente en el escenario internacional para incorporar y armonizar su marco legislativo con los acuerdos y convenios internacionales, al tiempo de orientarse al diseño de propuestas alternas a la política de drogas que prevalece en el mundo.

La política de drogas en México está basada en tres principios: 1) enfoque de salud pública; 2) prevención y reducción del daño social asociado al fenómeno de las drogas; y, 3) contención y disuasión de la producción, tránsito y distribución de drogas. A su vez, se enmarca en los siguientes ejes de actuación: a) reducción de la demanda; b) control y reducción de la oferta; c) prevención de la violencia y delincuencia; d) procuración y administración de justicia; e) investigación, evaluación y capacitación; y, f) cooperación internacional. Lo anterior bajo coordinación de los tres órdenes de gobierno.

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017 (ENCODAT), la prevalencia del consumo de cualquier droga alguna vez en la vida y en el último año en la población general fue de 10.3% (hombres, 16.2% y mujeres, 4.8%) y de 2.9% (hombres, 4.6% y mujeres, 1.3%), respectivamente. Para el primer caso, esto representó un aumento significativo respecto a la encuesta previa de 2011, tanto para hombres como para mujeres y, particularmente, para los rangos de edad más jóvenes. Para el segundo escenario de prevalencias, es decir, en el último año, el incremento también fue significativo, sobre todo en el caso de las mujeres más jóvenes (12 a 17 años), en los hombres este incremento ocurrió en el estrato correspondiente a los 18 a 34 años. Por otra parte, se identificó que quienes habían desarrollado dependencia a cualquier droga correspondía a un 0.6% de la población, que representa un aproximado de 546 mil personas (1.1% de los hombres y 0.2% de las mujeres).

La droga ilegal de mayor consumo alguna vez en la vida y en el último año fue la mariguana (8.6% y 2.1%, respectivamente), en ambos casos se registró un incremento significativo respecto a la encuesta anterior de 2011. La segunda droga de mayor consumo fue la cocaína, con una prevalencia de 3.5% alguna vez en la vida y de 0.8% en el último año. El consumo alguna vez en la vida de heroína fue de 0.2%, de estimulantes tipo anfetamínico de 0.9% y de drogas de uso médico fuera de prescripción de 1.3%. Respecto a la edad de inicio del consumo de drogas ilícitas, en hombres fue a los 17.7 años y en mujeres ocurrió a los 18.2 años de edad.

La Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes (ENCODE, 2014), identificó que el 3.3% de los estudiantes de 5° y 6° grado de educación primaria (10 a 12 años, aproximadamente) habían consumido drogas ilegales alguna vez en la vida (hombres, 4.7% y mujeres, 1.7%). En los estudiantes de secundaria (13 a 15 años aproximadamente) y bachillerato (16 a 18 años aproximadamente) la prevalencia alguna vez en la vida fue de 17.2% (hombres, 18.6% y mujeres, 15.9%).

La estrategia para la atención del consumo de drogas está basada principalmente en la prevención, la detección oportuna y el tratamiento del uso, abuso y dependencia a sustancias psicoactivas. Respecto a la primera, la Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC) cuenta con el Programa Nacional de Prevención del Uso, Abuso y Dependencia a Sustancias Psicoactivas y Participación Ciudadana y publicó los Lineamientos Nacionales para la Prevención del Consumo de Tabaco, Alcohol y Otras Drogas, con el objetivo de impulsar y consolidar los programas preventivos que operan en el territorio nacional, cuyas bases se encuentran fundamentadas en evidencia científica y las mejores prácticas; asimismo, a través de la CONADIC se promueven criterios para homologar el desarrollo y evaluación de las intervenciones.

En cuestión del tratamiento del consumo de drogas, existen dos modalidades principales: ambulatorio y residencial. Por un lado, la modalidad ambulatoria dispone de 340 unidades de los Centros de Atención Primaria a las Adicciones (CAPA), 104 unidades de consulta externa de los Centros de Integración Juvenil (CIJ). Por otra parte, la modalidad residencial, se integra por 11 unidades de hospitalización de CIJ y por 2,108 establecimientos residenciales privados de atención a las adicciones, de las cuales 1,045 centros se encuentran registrados y 348 reconocidos por la Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC). En 2018 se atendieron 91,684 personas en la modalidad ambulatoria a través de la red de CAPAS, 45,605 usuarios de sustancias en su mayoría por consumo de alcohol y mariguana; así como 46,079 familiares o personas que no consumían alguna droga pero que presentaban factores de riesgo para el abuso de alguna sustancia psicoactiva. Durante el mismo periodo, en CIJ se atendieron 43,631 pacientes y 46,351 familiares de manera ambulatoria; en tanto que en la modalidad residencial se atendieron a 1,820 pacientes.

Este informe, aporta datos de la Dirección General de Información en Salud, respecto a las muertes directamente asociadas con el consumo de drogas de 2010 a 2017, que han registrado 22,856 fallecimientos por trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de distintas drogas (de acuerdo a la clasificación CIE-10). En este periodo, el uso de alcohol fue la sustancia relacionada con el mayor número de muertes, seguido por el uso de múltiples drogas, los inhalables, los opiáceos, la cocaína y por otro tipo de estimulantes. Las drogas que reportaron un mínimo de muertes relacionadas con su consumo fueron los cannabinoides, alucinógenos y los sedantes e hipnóticos.

El Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el Sida (Censida), en el año 2017 estimaba en México 6,305 personas que se inyectan drogas (PID) vivían con VIH, por otro lado, un estudio reciente en 3 ciudades fronterizas¹ indicó que existe una prevalencia del 3.3% de PID con VIH y de 81.6% con virus de hepatitis C. Por otro lado, el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA, 2014), estimó que en México 2.5% de las PID viven con VIH, lo que representaría 2 mil 727 personas en esta situación. En 2016, por cada persona que se inyectaba drogas, se distribuyeron en promedio 6.2 jeringas. La prevalencia en el país de infección de hepatitis C (VHC) entre PID es particularmente grave, existen datos que estiman que hasta el 96% de ellos se encuentra infectados, lo que convierte al país en el primer lugar con este problema en América Latina. Otra estimación coloca a México en el grupo de quienes tienen una situación más crítica de VHC, con prevalencias estimadas de 60 y 80% de las personas que se inyectan drogas. La población en situación de reclusión tiene seis veces más probabilidades de vivir con VHC, en tanto que la prevalencia de VIH es 0.7% más alta en comparación con la población general. Esta situación contrasta con la infraestructura de atención en salud que existe para esta problemática: para la atención de personas que consumen heroína se dispone de dos unidades públicas y cuatro privadas que dispensan metadona en modalidad ambulatoria, las cuales están ubicadas en las ciudades de la frontera norte del país: Tijuana y Mexicali, Baja California y Ciudad Juárez, Chihuahua.

En el eje de control de la oferta, la Oficina Nacional de Política de Drogas de la Fiscalía General de la República (FGR)², reportó que la marihuana es la droga con mayor número de incautaciones, posicionándose en primer lugar, seguida por metanfetamina y la cocaína. El importante volumen de estas incautaciones está relacionado con la posición estratégica que tiene el país en las rutas de narcotráfico. De esta red de tráfico ilícito se deriva una compleja situación de delitos en el país, la Encuesta Nacional de Población Privada de su Libertad (ENPOL, 2016) que realizó el INEGI, identificó que 12.9% de la población reclusa con antecedentes penales, fue sentenciada por el delito de posesión ilegal de drogas la última vez que fue juzgada penalmente. Los delitos contra la salud representan un importante porcentaje de las personas que se encuentra privadas de su libertad, tanto de fuero federal como de fuero común. Y la modalidad de este delito por la cual se lleva a cabo el mayor número de sentencias es por posesión de drogas (48.6%), seguido de transporte (24.5%) y comercio (13.7%). Sin embargo, en términos porcentuales el número de delitos por posesión ha ido disminuyendo en los últimos años, en tanto que otras modalidades se han incrementado, particularmente el transporte.

¹ Tijuana, Ciudad Juárez y San Luis Rio Colorado.

² En diciembre de 2018 se expide la Ley Orgánica de la Fiscalía General de la República (FGR) y se abroga la Ley Orgánica de la Procuraduría General de la República (PGR). En lo sucesivo, en el presente informe se hará referencia a la FGR, aun cuando la información haya sido proporcionada por la entonces PGR.

A. CONTEXTO NACIONAL DE POLÍTICA DE DROGAS

1. Principales indicadores demográficos, económicos y sociales del país

Para comprender de manera integral el fenómeno de las drogas en México, es importante dimensionar la complejidad de algunas variables geográficas, económicas y demográficas que tiene el país.

Los Estados Unidos Mexicanos tienen una superficie de 1,964,375 kilómetros cuadrados que lo convierte en el 13° país de mayor superficie a nivel mundial. Políticamente se constituye como una república democrática, con un sistema representativo y federal compuesto por 32 entidades federativas en las cuales existen 2,458 municipios.

Según datos de 2018³, tiene una población de 123,518,270 personas (60,230,241 hombres y 63,288,029 mujeres). De acuerdo con el Instituto de los Mexicanos en el Exterior⁴, adicionalmente existen 11,848,537 mexicanos que viven en el extranjero, de los cuales 97.23% radica en los Estados Unidos de América.

Los grandes grupos de edad se pueden agrupar entre quienes tienen entre 0 a 14 años que son un total de 33,304,550 de personas; el grupo de jóvenes y adultos entre los 15 a 65 años, que suman 81,381,346 de personas; y, 8,832,374 de adultos mayores de más de 65 años.

En 2015, 6.5% de la población mayor de tres años hablaba una lengua indígena, de las cuales el 84.6% hablaba también español, asimismo, se tienen reconocidas 67 lenguas indígenas propias del país.

Entre los indicadores demográficos más importantes se pueden citar los siguientes:

Tabla 1. Indicadores demográficos

Indicador	Resultado 2017
Tasa bruta natalidad (por c/1,000 hab.)	17.9
Tasa bruta de mortalidad (por c/1,000 hab.)	5.8
Tasa global de fecundidad	2.2
Tasa media anual de crecimiento total (por ciento)	1.0
Esperanza de vida al nacer (años)	75.5

Fuente: Anuario Estadístico y Geográfico de los Estados Unidos Mexicanos 2018. INEGI

Respecto al Índice de Desarrollo Humano (IDH), que el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) presentó en 2017, México ocupa el lugar 74 de

188 naciones con un IDH de 0.774, que representó un ascenso de tres lugares respecto a 2016.

Dentro de los principales hallazgos que obtuvo Oxfam México en el estudio sobre la desigualdad extrema en México⁵, identificó que el país está dentro del 25% de los países con mayores niveles de desigualdad en el mundo y es uno de los dos países más desiguales de la Organización para la Cooperación y el desarrollo Económicos (OCDE).

De acuerdo con el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL)⁶, en 2016 el 43.6% de la población se encontraba en situación de pobreza y el 7.6% en pobreza extrema. El 17.4% estaba en rezago educativo, 15.5% tenía carencia a servicios de salud, 55.8% carencia por acceso a la seguridad social y 20.1% tenía carencia por acceso a la alimentación. 50.6% de la población se encontraba con un ingreso inferior a la línea de bienestar.

Por otro lado, dentro de los principales hallazgos del informe 2018 del CONEVAL⁷ destaca el comportamiento de algunos indicadores en materia de desarrollo social en el país:

- Los datos sobre pobreza muestran un panorama mixto. Entre 2008 y 2016, la pobreza aumentó en 3.9 millones de personas; al mismo tiempo, 2.9 millones de personas dejaron de estar en situación de pobreza extrema. Lo anterior es resultado, por un lado, de la reducción de la mayoría de las carencias sociales, aunque las carencias de acceso a la seguridad social y a la alimentación todavía son altas.
- La carencia por acceso a los servicios de salud tuvo la mayor reducción entre 2008 y 2016 (alrededor de 24 millones de personas), seguida de la carencia de calidad y espacios de la vivienda (5 millones de personas menos). La carencia de acceso a la seguridad social disminuyó en 4.1 millones de personas, pero todavía 68.4 millones presentan la carencia. La carencia de acceso a la alimentación prácticamente no tuvo cambios en este periodo, producto de un incremento entre 2008 y 2010 y, posteriormente, de una reducción de casi la misma magnitud entre 2010 y 2016. En 2016 había 24.6 millones de personas con esta carencia.
- Entre 1992 y 2016 el ingreso promedio ha tenido fluctuaciones que no han permitido mejoras permanentes en el bienestar de los hogares. Las crisis económicas en este periodo, entre otros

³ Anuario Estadístico y Geográfico de los Estados Unidos Mexicanos 2018. INEGI

⁴ Mexicanos en el mundo. http://www.ime.gob.mx/gob/estadisticas/2017/mundo/estadistica_poblacion.html

⁵ *Desigualdad Extrema en México. Concentraciones del poder Económico y Político*

https://www.oxfamMexico.org/sites/default/files/desigualdadextrema_informe.pdf

⁶ CONEVAL, Medición de pobreza (25 de octubre de 2017)

⁷ Cita textual de los puntos presentados en el Informe de Evaluación de la política de Desarrollo Social (CONEVAL, 2018).

<https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/IEPSM/Paginas/IEPD-2018.aspx>

factores, se han traducido en un crecimiento económico promedio anual de 2.4%, lo que representa el 1.3% per cápita.

- En los hogares, si bien el poder adquisitivo del ingreso laboral se incrementó 8.6% entre 2014 y 2016, éste se redujo 10.6% entre 2005 y 2017. A esto se suma que el alza inflacionaria reciente, que en 2017 alcanzó 6.7%, ha provocado una disminución en el poder de compra de los hogares de 2.5% en ese año. Aunado a lo anterior, la desigualdad en la distribución del ingreso se ha mantenido elevada y no se observan factores económicos, como una mejora en la productividad, que permitan suponer un cambio en esta tendencia.
- La informalidad afecta la productividad de la economía en su conjunto. En México, la mayoría de las empresas son pequeñas e informales y absorben una gran parte del empleo. Durante el periodo 2009 a 2017 se observó una disminución en la proporción de empleos informales, que pasó de 60% a 57%. Sin embargo, este tipo de empleo continúa siendo el que prevalece en el país.
- Algunos grupos de la población, como los jóvenes entre 15 y 29 años, tienen mayores dificultades para insertarse en empleos formales. En 2017, del total de personas jóvenes ocupadas, 59.9%, se encontraban en empleos informales.

El Informe de Evaluación 2018 hace un diagnóstico del ejercicio de derechos establecidos en la Ley General de Desarrollo Social (alimentación, educación, medio ambiente sano, salud, trabajo, seguridad social y vivienda), para lo cual examina para cada derecho tres dimensiones analíticas: acceso, disponibilidad y calidad:

- En México, quienes reciben los ingresos más bajos o viven en zonas rurales son los que ven más vulnerado el ejercicio de su derecho a la alimentación debido a que no cuentan con los recursos económicos suficientes para comprar alimentos adecuados.
- El presupuesto dirigido a la educación ha hecho posible que en el ciclo 2016-2017 la tasa neta de escolarización llegara a 98.4% en primaria y 86.2% en secundaria. Sin embargo, la permanencia de los estudiantes de educación media y superior se ve afectada negativamente por la falta de recursos económicos en los hogares.
- En 2016, poco más de 1 millón de personas entre 3 y 17 años que vivían en hogares con ingresos por debajo de la Línea de Bienestar Mínimo (LBM) no asistían a la escuela.

- En el derecho al trabajo, el Informe de Evaluación 2018 señala que aun cuando el porcentaje de la población desocupada descendió en el periodo 2010 a 2017, pasando de 5.3 a 3.3%, persisten situaciones de precariedad laboral por falta de seguridad social, incertidumbre en cuanto a la duración del empleo, bajos ingresos y ausencia de prestaciones.
- La situación de México revela una brecha en el acceso de los trabajadores a la seguridad social al ubicarse en niveles de informalidad laboral semejantes a los de países como Guatemala (64.9%) o Bolivia (61.4%) y muy distante de la situación en países con economías semejantes, como Chile (15.5%) o Brasil (22.8%).
- Respecto al derecho a la vivienda las brechas se presentan en aquellos hogares en los que habitan al menos una persona indígena, identificada con la definición de Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI), así como las que se ubican en el ámbito rural. En materia de infraestructura, la marginación y las zonas hiperdegradadas tienden a ubicarse en las periferias de las ciudades.
- El derecho a la vivienda también considera el entorno. Las viviendas, así como los barrios y comunidades tendrían que ser parte integral y armónica de los asentamientos humanos. En 2014, tres de cada diez personas estaban insatisfechas con sus vecindarios y dos de cada diez reportaron inseguridad en el entorno.
- A partir del diagnóstico de derechos sociales y sus dimensiones, el Informe de Evaluación 2018 advierte que consistentemente hay grupos de población cuyo ejercicio de derechos se encuentra comprometido. México está todavía lejos de tener oportunidades y participación en igualdad de circunstancias para todos los grupos sociales. La población indígena, por ejemplo, enfrenta brechas en todos los casos en que se compara con población no indígena, la situación se agrava cuando además de ser indígena son mujeres. En 2016, 85.1% de las mujeres indígenas residentes en zonas rurales eran pobres.
- El Informe de Evaluación 2018 sugiere que continúen y se perfeccionen las estrategias de coordinación de reducción de pobreza que llevan a cabo los gobiernos, federal y locales. Se recomienda poner especial atención en reducir el hacinamiento, brindar educación básica completa a los adultos que no la tengan, aumentar la cobertura de agua y drenaje y, especialmente, encontrar estrategias amplias que reduzcan la carencia de acceso a la seguridad social.
- A pesar de la importancia de reducir la pobreza, el desarrollo social debe ser más amplio que este

objetivo. El Informe de Evaluación 2018 llama la atención sobre la necesidad de superar la planeación sectorial y trabajar cada vez más en una planeación enfocada en la atención del cumplimiento progresivo de los derechos sociales, para contar en un futuro cercano con un país con grupos sociales diversos, pero con oportunidades similares de tener éxito en lo económico y social.

- Hay una multiplicidad de programas sociales que buscan mejorar el ingreso de las personas en situación de pobreza, los cuales no siempre lo logran. El Informe de Evaluación 2018 recomienda instrumentos de apoyo al ingreso en dos vertientes: a) estrategias que incrementen la productividad de la población en situación de pobreza, eliminando programas duplicados, poniendo énfasis en la comercialización y en el seguimiento constante a todo lo largo de los proyectos y b) instrumentos que sirvan como red de protección social ante las fluctuaciones del ingreso de mercado para evitar cambios súbitos en el consumo de la población más pobre, como parte de un esquema amplio de seguridad social universal (para lo cual habría que explorar la posibilidad de: ampliar programas de empleo temporal, variantes de la renta básica ciudadana, incrementos moderados del salario mínimo y seguro de desempleo, entre otros).

2. Marco legal

En México existe un marco normativo que rige las acciones que las instituciones federales, estatales y municipales, así como las desarrolladas por los sectores social y privado, quienes se encuentran obligados a incorporar este marco en los diferentes programas que operen en territorio nacional con el objetivo de que se favorezcan estrategias que tengan como base la prevención, la atención de las adicciones y el control de las sustancias, todo ello se inscribe en un contexto de cooperación internacional con el cumplimiento de los diferentes instrumentos legales a los que México se ha adherido desde la primera mitad del siglo XX. El marco normativo está básicamente constituido por los siguientes instrumentos legales:

a) Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos⁸:

Reducción de la demanda

- Artículo 4
- Artículo 73 fracción XVI, inciso 4
- Artículo 117, fracción IX

Reducción de la oferta

- Artículos 16 párrafos 8-10,
- Artículo 18 párrafo 9,
- Artículo 19 párrafo 2 y 6,
- Artículo 20 apartado B fracción III y V; apartado C fracción V,
- Artículo 22 fracción II inciso d,
- Artículo 73 fracción XXI, artículo sexto transitorio.

b) Instrumentos internacionales

En el país existen tres líneas de acción contra el narcotráfico que han marcado los objetivos para la ratificación de la mayor parte de los Instrumentos Internacionales tanto bilaterales como multilaterales: 1) erradicación de cultivos ilícitos; 2) Intercepción de estupefacientes y precursores químicos; y, 3) Combate al crimen organizado y sus delitos conexos. Los instrumentos multilaterales ratificados por México son⁹:

1. Convenio para la Supresión del Tráfico Ilícito de Drogas Nocivas (Ginebra, 26 de junio de 1936)
2. Convención Única sobre Estupefacientes (1961), enmendada por el Protocolo de 1972.

3. Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971
4. Convención de las Naciones Unidas Contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas de 1988
5. Declaración Política sobre el Control Mundial de las Drogas. Suscrita en la Sesión Especial de la Asamblea General de Naciones Unidas de 1998

De manera complementaria, en materia de cooperación bilateral, se han suscrito 21 acuerdos con países del continente americano, incluyendo 10 comités de cooperación con igual número de países. El tema jurídico ha sido el dominante en estos instrumentos.

c) Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible

La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible es una hoja de ruta para erradicar la pobreza, proteger al planeta y asegurar la prosperidad para todos sin comprometer los recursos para las futuras generaciones. Consiste en 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible, con metas específicas, que constituyen una agenda integral y multisectorial. México ha participado activamente en la definición de esta Agenda y ha instalado un Consejo Nacional de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. En el tema de drogas, los siguientes objetivos están directamente vinculados:

Reducción de la demanda

Objetivo 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades

Metas:

- 3.5 Fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas, incluido el uso indebido de estupefacientes y el consumo nocivo de alcohol
- 3.10 Fortalecer la aplicación del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco en todos los países, según proceda.
- 3.13 Reforzar la capacidad de todos los países, en particular los países en desarrollo, en materia de alerta temprana, reducción de riesgos y gestión de los riesgos para la salud nacional y mundial.

Reducción de la oferta

⁸ http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1_150917.pdf

⁹ Además del Convenio Marco para el Control del Tabaco (2003 y de la Estrategia Mundial para la Reducción del Uso Nocivo de Alcohol (EMRUNA, 2010).

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

Metas:

16.1 Reducir significativamente todas las formas de violencia y las correspondientes tasas de mortalidad en todo el mundo.

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

16.4 De aquí a 2030, reducir significativamente las corrientes financieras y de armas ilícitas, fortalecer la recuperación y devolución de los activos robados y luchar contra todas las formas de delincuencia organizada.

16.a Fortalecer las instituciones nacionales pertinentes, incluso mediante la cooperación internacional, para crear a todos los niveles, particularmente en los países en desarrollo, la capacidad de prevenir la violencia y combatir el terrorismo y la delincuencia.

d) Leyes Federales

Reducción de la demanda

Ley Orgánica de la Administración Pública Federal¹⁰: Art. 39, fracción XVI.

Ley General de Salud¹¹: Art. 3º fracción XXI, XXII y XXIII; Art. 13 apartado C; Art. 185, fracción II; Art. 191, párrafo segundo; Art. 192; 192 bis; Art. 192 Ter; Art. 192 Quáter; Art. 192 Quintus; Art. 192 Sextus; Art. 193 Bis; Art. 204, párrafo segundo; Arts. 217, 218, 234-256, 301 y 308; y Art. 474 del Capítulo VII: Delitos Contra la Salud en su modalidad de Narcomenudeo.

Ley General para el Control del Tabaco¹²: Art. 4º.

Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado¹³. Art. 34, fracción V; Art. 59, fracción I y II, Art. 135, fracción I y II

Ley del Seguro Social¹⁴. Art. 46, fracción I y II

Ley General de Educación¹⁵. Art. 7, fracción X

Ley Federal del Trabajo¹⁶. Art. 116; Art. 175 fracción II; Art. 206; Art. 208 fracción III; Art. 242 fracción II; Art. 244 fracción III; Art. 254; Art. 261 fracciones I y II; Art. 284 fracción I; Art. 513, Tabla de Enfermedades de Trabajo, numeral 4 y 68; Art. 527, numeral 21.

Ley del Impuesto Especial sobre Producción y Servicios¹⁷: Art. 2º, fracción I, incisos a, b y c; Art. 3º, fracciones I, II, III, IV, V, VI, VII, VIII.

Ley General para la Prevención Social de la Violencia y la Delincuencia¹⁸. Art. 10 fracción II

Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación¹⁹. Art. 9, fracción XXIX

Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres²⁰.

Reducción de la oferta

Ley General de Salud

Ley reglamentaria del derecho a la salud previsto en el del artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Artículos: 2, 3 fracción XXI, 6, 13 apartado C, 72, 73 fracción III, 74 fracción I, 76, 96, 97, 112, 133, 184 bis, 185, 186, 187, 188, 198, 190, 191, 192, 192 bis, 192 Ter, 192 Quater, 192 Quintus, 192 Sextus, 193, 193 bis, 194, 194 bis, 195, 197, 198 fracción I, 199, 200, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 214, 217, 218, 220, 221, 222, 223, 224, 225, 226, 227, 227 bis, 234-243, 244-256, 257, 258, 259, 278, 279, 283-299, 363-367, 368-379, 380-387, 456, 464, 473-482

Ley Federal contra la Delincuencia

Artículos: 1, 8, 9, 10, 11, 11 bis, 29, 30, 31, 42-45.

¹⁰http://www.senado.gob.mx/comisiones/desarrollo_social/docs/marco/Ley_OAP.pdf

¹¹http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142_081217.pdf

¹²http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ley_general_tabaco.pdf

¹³<http://normateca.issste.gob.mx/webdocs/X2/201306051356069344.pdf?id>

¹⁴http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/92_121115.pdf

¹⁵https://www.sep.gob.mx/work/models/sep1/Resource/558c2c24-0b12-4676-ad90-8ab78086b184/ley_general_educacion.pdf

¹⁶http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/125_120615.pdf

¹⁷http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/78_291217.pdf

¹⁸http://www.shcp.gob.mx/LASHCP/MarcoJuridico/MarcoJuridicoGlobal/Leyes/370_lgpsvd.pdf

¹⁹http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/262_011216.pdf

²⁰https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/129569/Ley_General_para_la_Igualdad_entre_Mujeres_y_Hombres.pdf

Ley que establece las normas mínimas sobre readaptación social de sentenciados²¹

Ley Federal para la Prevención e Identificación de Operaciones con Recursos de Procedencia Ilícita²²

e) Normas Oficiales Mexicanas (NOM)

Las NOM son regulaciones técnicas de observancia obligatoria expedida por las dependencias competentes, que tienen como finalidad establecer las características que deben reunir los procesos o servicios cuando estos puedan constituir un riesgo para la seguridad de las personas o dañar la salud humana; así como aquellas relativas a terminología y las que se refieran a su cumplimiento y aplicación.

A la reducción de la demanda de drogas le corresponde la NOM-028-SSA2-2009, Para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones (D.O.F. 21 de agosto de 2009 y la cual actualmente se encuentra en proceso de actualización).

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

- Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA1-2010, Que instituye el procedimiento por el cual se revisará, actualizará y editará la Farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos.
- Norma Oficial Mexicana NOM-002-STPS-2010, Condiciones de seguridad-prevención y protección contra incendios en los centros de trabajo.
- Norma Oficial Mexicana NOM-003-SEGOB-2011, Señales y avisos para protección civil. - Colores, formas y símbolos a utilizar.
- Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.
- Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA3-2010, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.
- Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida.
- Norma Oficial Mexicana NOM-009-SSA2-2013, Promoción de la salud escolar.
- Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010, Para la prevención y el control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana.

- Norma Oficial Mexicana NOM-011-SSA3-2014, Criterios para la atención de enfermos en situación terminal a través de cuidados paliativos.
- Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos.
- Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA3-2012, Para la atención integral a personas con discapacidad.
- Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012, Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.
- Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012, Para la vigilancia epidemiológica.
- Norma Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2012, Sistemas de información de registro electrónico para la salud. Intercambio de información en salud.
- Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-2014, Para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica.
- Norma Oficial Mexicana NOM-027-SSA3-2013, Regulación de los servicios de salud. Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica.
- Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA3-2013, Que establece las características arquitectónicas para facilitar el acceso, tránsito, uso y permanencia de las personas con discapacidad en establecimientos para la atención médica ambulatoria y hospitalaria del Sistema Nacional de Salud.
- Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012, En materia de información en salud.
- Norma Oficial Mexicana NOM-039-SSA2-2002, Para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual.
- Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2012, Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación.
- Norma Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2005, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales.
- Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005, Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención.
- Norma Oficial Mexicana NOM-047-SSA2-2015, Para la atención a la salud del Grupo Etario de 10 a 19 años de edad.

²¹

https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/172826/LEY_QUE_ESTABLECE_LAS_NORMAS_MINIMAS SOBRE_READAPTACION_SOCIAL.pdf

²²

http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5273403&fecha=17/10/2012

- Norma Oficial Mexicana NOM-073-SSA1-2015, Estabilidad de Fármacos y Medicamentos, así como de Remedios Herbolarios.
- Norma Oficial Mexicana NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002, Protección ambiental-Salud ambiental-Residuos peligrosos biológico-infecciosos- Clasificación y especificaciones de manejo.
- Norma Oficial Mexicana NOM-251-SSA1-2009, Prácticas de higiene para el proceso de alimentos, bebidas o suplementos alimenticios.
- Norma Oficial Mexicana NOM-040-SSA2-2004, en materia de información en salud (D.O.F. 28 de septiembre de 2005).
- Norma Oficial Mexicana NOM-030-STPS-2009, Servicios Preventivos de Seguridad y Salud en el Trabajo-Funciones y Actividades (D.O.F. 18 de septiembre de 2009).

f) Decretos y Acuerdos

Reducción de la demanda

Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley General de Salud, del Código Penal Federal y del Código Federal de Procedimientos Penales (D.O.F. 20 de agosto 2009).

Decreto que reforma, adiciona y deroga diversas disposiciones del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud (D.O.F. 06 de enero 2011). Capítulo VI TER del Comisionado Nacional contra las Adicciones, Artículo 11 Ter.

Decreto por el que se reforman y adicionan diversas disposiciones de la Ley General de Salud y del Código Penal Federal (D.O.F. 19/06/2017)

Reducción de la oferta

ACUERDO A/100/17 por el que se reforma el diverso A/101/13, por el que se crea la Agencia de Investigación Criminal y se establecen sus facultades y organización.

Código Penal Federal

Reducción de la demanda

Código Nacional de Procedimientos Penales (D.O.F. 05 de marzo 2014).

Código Penal Federal: Artículo 195 bis, Art. 199.

Reducción de la oferta

Artículos: 5 fracciones I-V, 7 fracciones I-III, 8, 9, 10, 24, 25, 27, 28, 85 fracción I inciso b, 97, 172 bis, 178 bis, 193, 194, 195, 195 bis, 196, 196 Ter, 197, 198 y 199.

g) Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024²³.

Es el documento en el que el Gobierno de México, manifiesta cuáles son sus objetivos y estrategias prioritarias durante la administración, el cual busca establecer y orientar todo el trabajo que realizarán las y los servidores públicos en los próximos seis años, para lograr el desarrollo del país y el bienestar de las y los mexicanos

El Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2019-2024 propone una nueva política de desarrollo, regida por los siguientes 12 principios:

1. Honradez y honestidad.
2. No al gobierno rico con pueblo pobre.
3. Nada al margen de la ley; por encima de la ley, nadie.
4. Economía para el bienestar.
5. El mercado no sustituye al Estado.
6. Por el bien de todos, primero los pobres.
7. No dejar a nadie atrás, no dejar a nadie fuera.
8. No hay paz sin justicia.
9. El respeto al derecho ajeno es la paz.
10. No más migración por hambre y violencia.
11. Democracia significa el poder del pueblo.
12. Ética, libertad y confianza.

El PND 2019-2024 está estructurado en tres ejes transversales y tres ejes generales.

Los ejes generales permiten agrupar los problemas públicos identificados a través del Sistema Nacional de Planeación Democrática en tres temáticas:

Ejes Generales

- 1) Justicia y Estado de Derecho
- 2) Bienestar
- 3) Desarrollo económico.

Por su parte, los ejes transversales fueron definidos por la detección de tres temas comunes a los problemas públicos:

Ejes transversales:

- 1) Igualdad de género, no discriminación e inclusión.
- 2) Combate a la corrupción y mejora de la gestión pública.
- 3) Territorio y desarrollo sostenible.

Los ejes transversales se refieren a las características que agudizan los problemas a los que se enfrenta México y cuya atención deberá estar presente en todo el proceso que siguen las políticas públicas; es decir,

²³ <http://gaceta.diputados.gob.mx/PDF/64/2019/abr/20190430-XVIII-1.pdf>

desde su diseño hasta su implementación en el territorio por el Gobierno de México.

Reducción de la demanda

Eje General 1. Justicia y Estado de Derecho.

Eje General 2. Bienestar

Objetivo 2.4 Promover y garantizar el acceso efectivo, universal y gratuito de la población a los servicios de salud, la asistencia social y los medicamentos, bajo los principios de participación social, competencia técnica, calidad médica, pertinencia cultural y trato no discriminatorio.

Reducción de la oferta

Eje General 1. Justicia y Estado de Derecho.

Objetivo 1.6. Conducir la política exterior en apego a los principios constitucionales y articulada con las prioridades de política interior.

México se compromete a respaldar la implementación de las diversas agendas globales de desarrollo vigentes, como la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible.

Colaboración con una visión de responsabilidad compartida en asuntos de seguridad, como son el combate al narcotráfico, el tráfico de armas, el lavado de dinero, la trata y el tráfico de personas,

3. Política de drogas

En México, la política pública en materia de drogas parte de la consideración de nuestra realidad social, cultural y económica, y aborda el problema desde un enfoque integral basado en tres principios rectores:

1. **Enfoque de salud pública**, en el cual se reconocen las diferencias entre drogas y sus efectos, se analiza el consumo de sustancias y sus variaciones en frecuencia y cantidad, se reconocen las diferencias entre los patrones de consumo, incorporando la perspectiva de género, así como grupos de edad y se incluye la influencia de la cultura y del contexto social, con el objeto de diseñar e implementar acciones de prevención del consumo, tratamiento y rehabilitación, basadas en evidencia científica. En este sentido, es indispensable el fortalecimiento de la Red Nacional de Servicios de Atención, Tratamiento y Rehabilitación, así como el impulso de la inclusión social de personas con uso abuso o dependencia de sustancias psicoactivas y la reinserción social del consumidor en conflicto con la ley.
2. **Prevención y reducción del daño social asociado al fenómeno de las drogas**, tales como la violencia, la delincuencia, la estigmatización y criminalización de consumidores, con acciones focalizadas en los jóvenes y en población de vulnerabilidad, a fin de garantizar el desarrollo integral individual y de las comunidades afectadas por el fenómeno de las drogas y promover la corresponsabilidad social de la ciudadanía en la implementación de la política de drogas.
3. **Contención y disuasión de la producción, tránsito y distribución de drogas**, a través de un enfoque de coordinación y cooperación interinstitucional e internacional.

Cabe mencionar que la conceptualización integradora de estos componentes incluye un enfoque transversal, en el cual se incorporan: el respeto de los derechos humanos, la inclusión social, la equidad de género y la coordinación institucional.

Los siguientes ejes establecen las bases de la política en materia de reducción de la demanda, el control y reducción de la oferta, haciendo especial énfasis en la prevención social de la violencia y la delincuencia, así como los daños ocasionados por el fenómeno:

1. **Reducción de la Demanda**, se parte de reconocer que las adicciones constituyen uno de los problemas de salud pública más importantes. El consumo nocivo, abuso y dependencia de alcohol, tabaco y otras drogas genera no sólo problemas de salud para el individuo que las consume, sino también para su familia y su entorno social, escolar y laboral. Por ello, es fundamental prevenir y

atender a aquellas personas que tienen problemas de uso, abuso y dependencia de estas sustancias. Por tanto, el abordaje supone reforzar las iniciativas de prevención, de tratamiento, rehabilitación y reinserción social de personas afectadas y de reducción de daños asociados al consumo.

2. **Control y Reducción de la Oferta**, por un lado, en cuanto a las medidas de control se aborda el fortalecimiento de las acciones de fiscalización de sustancias, enfatizando la necesidad de asegurar la adecuada disponibilidad de estupefacientes para uso médico y científico; por otro lado, en el componente de la reducción, se incluyen los aspectos relacionados al cultivo, producción, procesamiento, tráfico y venta de sustancias ilícitas. De igual forma se contemplan las acciones de control del tráfico ilícito de armas y de lavado de activos.
3. **Prevención de la Violencia y Delincuencia**, considera disminuir la ruptura de lazos sociales que generan los fenómenos asociados a la producción, fabricación, tráfico y consumo de drogas. De este modo, se incorpora la prevención de la violencia y daños sociales como un eje complementario a los compromisos para reducir la oferta y demanda de drogas. Se trata de un enfoque más integral que permitirá atender las consecuencias negativas del fenómeno con el mismo énfasis de la atención a sus causas: oferta y demanda. En este escenario, se contemplan medidas preventivas para contrarrestar los fenómenos de la violencia y el crimen, por ello, las estrategias previstas sobre la implementación efectiva de la prevención se enfocan en el trabajo a nivel comunitario y la oferta de oportunidades de desarrollo que promuevan la inclusión, la cohesión y reintegración social.
4. **Sistema de procuración e impartición y administración de justicia**, con el propósito de valorar el alcance de los regímenes legales, proponiendo soluciones que, sin dejar de ser disuasivas, incorporan un enfoque centrado en el bienestar individual y de la sociedad, siempre alineados con las tres convenciones de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) y otros instrumentos internacionales relevantes, incluidos los de derechos humanos.
5. **Investigación, evaluación y capacitación**, se fomenta la investigación científica en todos los aspectos del problema de las drogas y la generación de información y evidencia empírica por parte de los observatorios nacionales de drogas. Asimismo, incorpora acciones de evaluación para lograr una rendición de cuentas clara y transparente para la sociedad.

6. **Cooperación internacional**, se reafirma el principio de cooperación para enfrentar el problema mundial de las drogas y el compromiso con la aplicación, de manera equilibrada, de los pilares de reducción de la demanda y control y reducción de la oferta, reconociendo que las estrategias que se emprenden bajo los fundamentos de la Declaración Política y del Plan de Acción de la ONU en esta materia, no deben causar efectos nocivos superiores a los daños que de origen genera la demanda y la oferta de drogas.

Para la coordinación nacional es fundamental la participación de la federación con los gobiernos estatales y municipales en la coordinación e implementación de sus estrategias y líneas de acción, así como la orientación de sus esfuerzos presupuestarios a fin de facilitar su cumplimiento.

El abordaje de la política de drogas gira en torno a una misión integradora y una visión global orientadas a generar mejores condiciones de vida para las personas y las comunidades en nuestro país, las cuales son concordantes con el Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024 y con los programas de las dependencias del Gobierno que participan en la instrumentación del mismo. Del mismo modo, se plantean indicadores que pretenden medir de manera objetiva tanto los resultados, como el impacto de las acciones en su conjunto, a través de una definición concreta de las metas anuales.

4. Análisis económico

Reducción de la demanda

De acuerdo al Presupuesto de Egresos de la Federación, el gasto de las instituciones que tienen competencia en la atención del consumo de drogas con recursos fiscales en México durante 2018 fue el siguiente²⁴:

Tabla 2. Gasto en reducción de la demanda de drogas 2018

Institución	Monto (millones)	Porcentaje del Sector Salud ²⁵
Comisión Nacional contra las Adicciones	\$719.29 (USD ²⁶ \$35.96)	0.58
Instituto Nacional de Psiquiatría*	\$372.30 (USD \$18.61)	0.303
Centros de Integración Juvenil	\$709.51 (USD \$35.47)	0.578
Total	\$1801.10 (USD \$90.05)	1.469

*Únicamente un porcentaje no determinado es utilizado para el tema de adicciones Fuente: Presupuesto de Egresos de la Federación, SHCP

Estos recursos tienen participación en diferentes programas presupuestales, particularmente en el programa E025 denominado **Prevención y Atención contra las Adicciones**²⁷ el cual contó con un presupuesto de \$1,309 millones de pesos para 2018 (\$65.45 millones de dólares).

Reducción de la oferta de drogas

A diferencia de lo que ocurre con las instituciones que tienen competencia en la reducción de la demanda de drogas, quienes participan en las diferentes acciones para el control de la oferta de drogas no cuentan con el dato desglosado del presupuesto que destinan específicamente a esta tarea. En ese sentido, únicamente a manera de referencia²⁸, a continuación, se presenta el presupuesto total de estas instituciones.

Tabla 3. Gasto en reducción de la oferta de drogas 2018

	Cuenta Pública 2017 ²⁹ (millones de pesos)	USD \$ (millones de dólares)
Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA)	93,575.93	4,678.79
Secretaría de Marina (SEMAR)	32,083.37	1,604.16
Procuraduría General de la República (PGR)	15,351.08	767.55

Fuente: Cuenta pública 2018 estado analítico del ejercicio del presupuesto de egresos en clasificación administrativa (armonizado).

²⁴ Presupuesto de Egresos de la Federación 2018, Sector Salud, recuperado de <https://www.gob.mx/hacienda#147>

²⁵ Programa de Egresos de la Federación 2018, Sector Salud: \$122,557,337,320.00

²⁶ Tipo de Cambio en promedio a \$20.00 pesos por cada dólar

²⁷ Cfr.

https://www.pef.hacienda.gob.mx/en/PEF2018/analiticos_presupuestarios

De manera adicional a estos recursos, se cuenta con el programa presupuestario denominado **Operativos para la prevención y disuasión del delito** a cargo de la Policía Federal, el cual tuvo un financiamiento de \$26,048 millones de pesos (\$1,302.4 millones de dólares). En el ejercicio fiscal 2018, la División Antidrogas participó en la Matriz de Indicadores para Resultados con un indicador de nivel Componente: "Porcentaje de acciones de prevención y combate a Delitos Contra la Salud y Operaciones con Recursos de Procedencia Ilícitas realizadas a solicitud de autoridades Federales, Estatales y Municipales".

5. Conclusiones

Cuando se hace referencia al fenómeno de las drogas, debe considerarse la complejidad particular que representa para el contexto mexicano en varios sentidos, entre ellos, la expansión y ubicación geográfica de su territorio, la dispersión respecto a la organización política y administrativa de las entidades y municipios del país, el nivel de penetración pública y capacidad económica que ha tenido la delincuencia organizada a lo largo de la historia, particularmente desde finales del siglo XX; así como otras características que dificultan el control en los niveles de consumo y del mercado de drogas ilícitas, como son algunas variables demográficas de la población y los niveles de desigualdad que han configurado una actividad laboral informal, situación en la cual se encuentran 30 millones de personas (57% de la población ocupada).

La economía de las drogas en México también genera problemas sumamente complejos no solo por el monto que alcanzan anualmente, sino por las condiciones sociales y económicas en las cuales ocurre, particularmente por la oportunidad que encuentra en los altos niveles de desigualdad que existen en el país.

A pesar de las condiciones adversas, México ha tenido un sólido desarrollo de instrumentos legales, regulatorios y normativos para fortalecer a las instituciones y su actuar al enfrentar el problema de las drogas, sin embargo, es necesario el fortalecimiento de las instituciones desde otros frentes, tales como la infraestructura física, de recursos humanos y capacidades técnicas, sin mencionar la relevancia de alcanzar un equilibrio presupuestario entre las acciones de control de la oferta y la reducción de la demanda.

²⁸ La tabla no pretende sugerir que los presupuestos referidos son dedicados exclusivamente a la realización de acciones de reducción de la oferta de drogas.

²⁹ Transparencia presupuestaria. Recuperado de http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/PEF_2019_281218.pdf

En el contexto de la integración del presente informe, no se lograron identificar fuentes de información nacionales que permitan conocer el impacto social y otro tipo de costos económicos que tiene el fenómeno de las drogas, tales como la pérdida de productividad derivada de las actividades ilícitas de la población económicamente activa y los años de vida potencialmente perdidos (AVPP) como consecuencia del número de homicidios dolosos que en los últimos años han ocurrido como consecuencia del narcotráfico y que están asociados particularmente con población de varones jóvenes; además del impacto que estas muertes tienen en las estructuras familiares y comunitarias. En este sentido, sería recomendable fortalecer la investigación científica que aporte información objetiva y oportuna sobre el impacto que tienen todas estas variables.

Al momento del cierre de este informe, México atraviesa por una importante revisión de la política de drogas que ha marcado el actuar de las instituciones del Estado tanto en el control de la oferta como la reducción de la demanda. En este contexto, se encuentra en revisión una nueva legislación para el uso de la cannabis, asimismo, se incorpora la visión de reducción de daños y riesgos como parte de una política de atención más integral y flexible y, si bien se reconoce que existen notables esfuerzos por incorporar la perspectiva de respeto a los derechos humanos, de género y de desarrollo comunitario, estas aun enfrentan el reto de hacerse más tangibles en beneficio de la población.

6. Fuentes y metodología

Respecto a la metodología utilizada para esta sección del informe, desde la Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC) se hizo una solicitud oficial a la Agencia de Investigación Criminal de la General de la República; y se consultaron las siguientes fuentes de información:

- ACUERDO A/100/17 por el que se reforma el diverso A/101/13, por el que se crea la Agencia de Investigación Criminal y se establecen sus facultades y organización. Publicado en el Diario Oficial de la Federación 07/12/2017. http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5507052&fecha=07/12/2017
- Quinto Informe de Labores de la PGR. <https://www.gob.mx/pgr/documentos/informe-de-labores-2017>
- Programa Nacional de Procuración de Justicia 2013-2018. Publicado en el Diario Oficial de la Federación 16/12/2013. http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5326462&fecha=16/12/2013
- Plan Nacional de Desarrollo 2013 – 2018. <http://pnd.gob.mx/wp-content/uploads/2013/05/PND.pdf>

- Programa Sectorial de Salud. http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/sectorial_salud.pdf
- Programa de Acción Específico Prevención y Atención Integral de las Adicciones. http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/programas/PAE_2015.pdf
- Informe de Evaluación de la política de Desarrollo Social (CONEVAL, 2018). <https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/IEPSM/Paginas/IEPDS-2018.aspx>
- Anuario Estadístico y Geográfico de los Estados Unidos Mexicanos 2018. INEGI. http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/Productos/prod_serv/contenidos/espanol/bviniegi/productos/nueva_estruc/AEGEUM_2017/702825097912.pdf
- Mexicanos en el mundo. Estadísticas de la Población Mexicana en el Mundo, 2016. http://www.ime.gob.mx/gob/estadisticas/2016/mundo/estadistica_poblacion.html
- Índice de Percepción de la Corrupción, 2017. <https://www.datosmacro.com/estado/indice-percepcion-corrupcion/mexico>
- Desigualdad Extrema en México. Concentraciones del poder Económico y Político https://www.oxfamMexico.org/sites/default/files/desigualdadextrema_informe.pdf
- Informe de Evaluación de la política de Desarrollo Social (CONEVAL, 2018). <https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/IEPSM/Paginas/IEPDS-2018.aspx>
- Presupuesto de Egresos de la Federación 2018, Sector Salud, recuperado de <https://www.gob.mx/hacienda#147>
- Transparencia Presupuestaria. Observatorio del gasto <http://nptp.hacienda.gob.mx>
- Cuenta pública 2018 estado analítico del ejercicio del presupuesto de egresos en clasificación administrativa (armonizado)/ gobierno federal. http://cuentapublica.hacienda.gob.mx/work/models/CP/2017/tomo/II/Print.I50.03.GFEAEPECA_ARM.pdf
- Iniciativa Mérida [https://mx.usembassy.gov/es/our-relationships/temas-bilaterales/iniciativa-merida/Encuesta-Nacional-de-Ocupacion-y-Empleo-\(ENOE\)-poblacion-de-15-años-y-más-de-edad-\(INEGI,-2017\).](https://mx.usembassy.gov/es/our-relationships/temas-bilaterales/iniciativa-merida/Encuesta-Nacional-de-Ocupacion-y-Empleo-(ENOE)-poblacion-de-15-años-y-más-de-edad-(INEGI,-2017).) <http://www.beta.inegi.org.mx/proyectos/enchogares/regulares/enoe/>

B. INFORMACIÓN RELACIONADA CON LA DEMANDA DE DROGAS

I. Epidemiología del consumo de drogas en la población general y grupos en situaciones de riesgo específico

1. Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017 (ENCODAT)³⁰

El objetivo de la ENCODAT es evaluar, de manera periódica, las prevalencias globales y las principales variaciones estatales del consumo de drogas en población de 12 a 65 años. La selección de la muestra se hizo mediante un muestreo probabilístico que permite estimar los errores muestrales y construir los intervalos de confianza para las 32 entidades Federativas del país. El levantamiento de información se realizó entre el 1 de junio y el 31 de octubre de 2016, se entrevistó a 56,877 personas, (12,440 fueron adolescentes de entre 12 y 17 años, y 44,437 adultos de 18 a 65 años) y se visitaron 64,000 viviendas.

Entre la población general (12 a 65 años), el consumo de *cualquier droga*³¹ **alguna vez en la vida** fue de 10.3% (población estimada [pe]: 8, 782,216)³². Para la población de hombres fue de 16.2% (6, 649,216 personas) en tanto que para mujeres representó el 4.8% (2,133,000).

Lo anterior representa un aumento significativo respecto a la prevalencia de cualquier droga alguna vez en la vida registrada en la Encuesta Nacional de Adicciones 2011, es decir, en cinco años se ha registrado un incremento significativo en el consumo de este tipo de sustancias, tanto para hombres como para mujeres (tabla 4):

Tabla 4. Consumo cualquier droga alguna vez en la vida, encuestas 2011 y 2016

	ENA 2011		ENCODAT 2016 - 2017	
	%	(pe)	%	(pe)
Hombres	13.0	5,007,493	16.2*	6,649,216
Mujeres	3.0	1,227,788	4.8*	2,133,000
Total	7.8	6,235,281	10.3*	8,782,216

*Aumento estadísticamente significativo respecto a los datos de 2011

Fuente: Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016- 2017

Además, el porcentaje de personas que han consumido cualquier droga alguna vez en su vida

tiende a presentar variaciones importantes de acuerdo con el rango de edad:

Tabla 5. Consumo cualquier droga alguna vez en la vida por rangos de edad, 2016

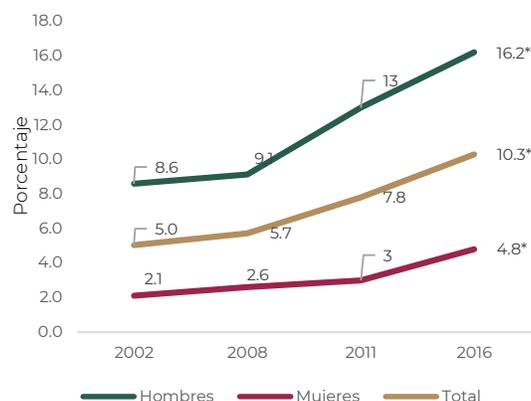
	12 a 17 años (%)	18 a 34 años (%)	35 a 65 años (%)	12 a 65 años (% Total)
Hombres	6.6*	22.8*	13.8	16.2*
Mujeres	6.1*	7.6*	1.8	4.8*
Total	6.4*	15.0*	7.5	10.3*

* Aumento estadísticamente significativo respecto a los datos de 2011

Fuente: Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016- 2017

Al analizar el comportamiento que ha tenido esta prevalencia para la población total en las últimas cuatro encuestas nacionales de adicciones (de 2002 a 2016), como se observa en la figura 1, se aprecia una tendencia de crecimiento importante desde 2008 y que continúa entre 2011 y 2016 de manera significativa.

Figura 1. Tendencia de consumo alguna vez en la vida de cualquier droga de 2002 a 2016. Población de 12 a 65 años por sexo.



* Incremento estadísticamente significativo de 2011 a 2016.

Fuente: Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016- 2017

Al analizar de manera diferenciada los datos por drogas ilegales y drogas médicas, se observa que el consumo de *drogas médicas alguna vez en la vida* en la población de 12 a 65 años se ha mantenido estable, con prevalencias de 1.2% (845 mil), 1% (771 mil), 1.4% (1.1 millones) y 1.3% (1 millón) en 2002, 2008, 2011 y 2016 respectivamente; sin embargo, entre las últimas encuestas este consumo tuvo un incremento no significativo para el caso de hombres en los rangos

³⁰ <https://www.gob.mx/salud/conadic/acciones-y-programas/encuesta-nacional-de-consumo-de-drogas-alcohol-y-tabaco-encodat-2016-2017-136758>

³¹ Se refiere al uso de una o más sustancias médicas fuera de prescripción o por más tiempo del indicado por el médico (como opiáceos, tranquilizantes, sedantes y barbitúricos y anfetaminas o estimulantes) o ilegales (tales como marihuana, cocaína, crack,

alucinógenos, inhalables, heroína, metanfetaminas y otras drogas como ketamina, GHB, etc). (Conadic, ENCODAT, 100).

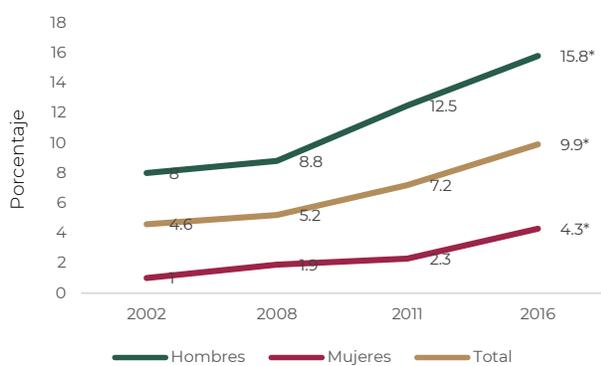
³² Representatividad a nivel nacional: N = 85,262,058 (Hombres= 41,168,617; Mujeres= 44, 093,441) En adelante este dato de población que se asocia a los porcentajes identificados en la ENCODAT están basados en esta estimación.

más jóvenes (12 a 17 y 18 a 34 años): de 12 a 17 años el consumo pasó de 0.3 a 0.5%; y en el caso de quienes tienen 18 a 34 años el incremento fue de 2.1 a 2.5%.

El consumo de drogas médicas fuera de prescripción en el último año, por el contrario, presentó un incremento no significativo respecto a la encuesta pasada del 0.4 a 0.5% en la población general.

Por otro lado, el consumo de drogas ilegales alguna vez en la vida presenta una tendencia de aumento al pasar de 4.6% en 2002 a 9.9% en 2016. Destaca que este incremento, entre 2011 y 2016, fue significativo tanto para hombres (8 a 15.8%) como en mujeres (1 a 4.3%), como se aprecia en la siguiente figura:

Figura 2. Tendencia de consumo alguna vez en la vida de drogas ilegales de 2002 a 2016. Población de 12 a 65 años por sexo.



* Incremento estadísticamente significativo de 2011 a 2016.

Fuente: Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016- 2017

Para el total de la población encuestada (12 a 65 años), el consumo de cualquier droga en el último año fue de 2.9% (2.5 millones); en hombres fue de 4.6% (1,9 millones) en tanto que para mujeres representó el 1.3% (594,920). Lo anterior presentó un aumento significativo respecto a la prevalencia de cualquier droga en el último año registrada en la Encuesta Nacional de Adicciones 2011 (Tabla 6):

Tabla 6. Consumo de cualquier droga en el último año, comparativo encuestas 2011 y 2016

	ENA 2011		ENCODAT 2016	
	%	(pe)	%	(pe)
Hombres	3.0	1,145,859	4.6*	1,914,168
Mujeres	0.7	306,923	1.3*	594,920
Total	1.8	1,452,782	2.9*	2,509,088

*Aumento estadísticamente significativo respecto a los datos de 2011

Fuente: Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016- 2017

De la misma forma, el porcentaje de personas que han consumido cualquier droga en el último año tiende a

presentar variaciones importantes de acuerdo con el rango de edad (tabla 7); en el caso de las mujeres más jóvenes (12 a 17 años) se presenta un incremento significativo respecto a la encuesta anterior, y, por su parte, en los hombres este incremento ocurre particularmente en el rango que corresponde a los 18 a 34 años (Tabla 7):

Tabla 7. Consumo cualquier droga en el último año por rangos de edad, 2016

	12 a 17 años (%)	18 a 34 años (%)	35 a 65 años (%)	12 a 65 años (% Total)
Hombres	3.4	8.2*	1.8	4.6*
Mujeres	2.7*	2.0	0.3	1.3*
Total	3.1*	5.0*	1.0	2.9*

*Aumento estadísticamente significativo respecto a los datos de 2011

Fuente: Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016- 2017

Ahora bien, para el consumo de cualquier droga en el último mes, la prevalencia en el total de la población fue de 1.5% (1.3 millones); de los cuales el 2.7% (1.1 millones) son hombres y 0.5% (201 mil) son mujeres (ver Tabla 8).

Tabla 8. Consumo de cualquier droga en el último mes, comparativo entre encuestas 2011 y 2016.

	ENA 2011 ³³		ENCODAT 2016	
	%	(pe)	%	(pe)
Hombres	1.7	668,562	2.7	1,116,059
Mujeres	0.2	93,076	0.5	201,250
Total	1.0	761,638	1.5	1,317,310

Fuente: Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016- 2017

Evaluar el consumo en el último mes nos permite tener datos más finos sobre el número de consumidores de drogas actuales, así también el hecho de dividir a la población total en rangos de edad. En la Tabla 9 se puede apreciar la tendencia en el consumo de cualquier droga en el último mes por sexo y rangos de edad.

Tabla 9. Consumo de cualquier droga en el último mes, en 2016. Población por sexo y rangos de edad.

	12 a 17 años (%)	18 a 34 años (%)	35 a 65 años (%)	12 a 65 años (% Total)
Hombres	1.7	4.8	1.2	2.7
Mujeres	0.8	0.7	0.2	0.5
Total	--	--	--	1.5

Fuente: Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016- 2017

Adicionalmente, esta encuesta analiza la dependencia que llegan a desarrollar un porcentaje de esta población. Entre quienes habían consumido cualquier droga, 0.6% (546 mil) había desarrollado

la encuesta recalcularon los datos para hacerlos comparables con la ENCODAT 2016-2017.

³³ En la ENA 2011 no se registraron datos sobre el consumo en el último mes, sin embargo, para fines de análisis, los desarrolladores de

dependencia, y esto es más alto en hombres con el 1.1% (445 mil) y más bajo en mujeres 0.2% (99 mil)³⁴.

Los indicadores para determinar esta dependencia a cualquier droga se comportan diferente cuando se analizan de acuerdo con la edad de las personas; en hombres el mayor porcentaje se ubica para quienes se encuentran entre los 18 a 34 años de edad, y en las mujeres, ocurre con quienes tienen entre 12 a 17 años, además es en este último rango de edad donde el consumo entre ambos sexos es más cercano (Tabla 10):

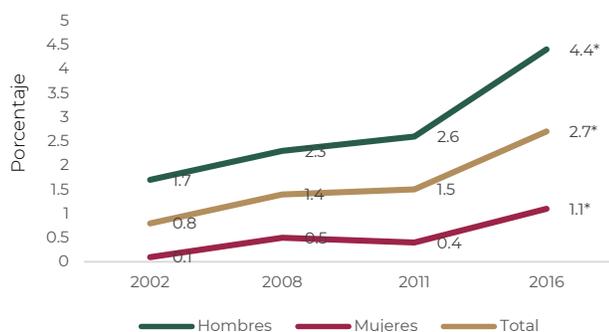
Tabla 10. Dependencia de drogas en la población de 12 a 65 años, 2016

	12 a 17 años (%)	18 a 34 años (%)	35 a 65 años (%)	12 a 65 años (% Total)
Hombres	0.7	2.0	0.4	1.1
Mujeres	0.5	0.3	<0.1	0.2
Total	0.6	1.2	0.2	0.6

Fuente: Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016- 2017

Por su parte, el consumo de drogas ilegales en el último año también ha tenido una tendencia de crecimiento desde 2002 (Figura 3). En 2016, 2.2 millones de mexicanos consumieron drogas ilegales (2.7%), de los cuáles 1.8 millones eran hombres (4.4%) y 474 mil eran mujeres (1.1%).

Figura 3. Tendencia de consumo último año de drogas ilegales de 2002 a 2016. Población de 12 a 65 años por sexo.



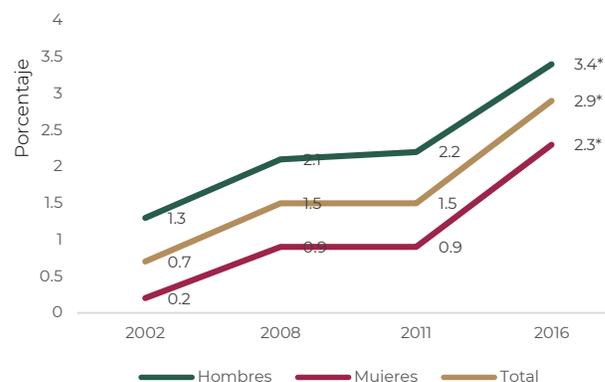
*Incremento estadísticamente significativo de 2011 a 2016.

Fuente: Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016- 2017

Al analizar los datos por grupo etario, el consumo en adolescentes (12 a 17 años) también muestra un incremento en la tendencia de uso de drogas ilegales (Figura 4), las diferencias más significativas de los datos obtenidos en las encuestas desde 2002, ocurren en la última de ellas (2011 a 2016), ya que el número de adolescentes que habían consumido drogas ilegales en el último año consumidores pasó de 207 mil (1.5%)

a 414 mil (2.9%), de los cuales 248 mil son hombres (3.4%) y 165 mil son mujeres (2.3%).

Figura 4. Tendencia de consumo último año de drogas ilegales de 2002 a 2016. Población adolescente de 12 a 17 años por sexo.



* Incremento estadísticamente significativo de 2011 a 2016

Fuente: Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016- 2017

³⁴ Los datos de 2011 no son comparables con los de 2016, debido a que en ésta última encuesta se agregaron preguntas con otros criterios diagnósticos (DSM-5, CIDI y NESARC)

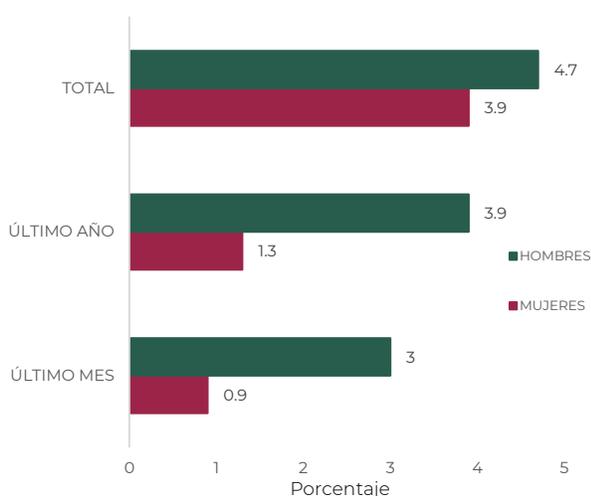
2. Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes (ENCODE, 2014)

Esta encuesta se realizó en las 31 entidades federativas y en la Ciudad de México, además del análisis específico en 9 ciudades. El diseño de muestra comprendió tres estratos que corresponden a los niveles educativos de primaria (5° y 6° grado), secundaria y bachillerato. Debido a las características de la población escolar, se aplicó un cuestionario para primaria y otro para secundaria-bachillerato con algunas diferencias en su contenido, por ejemplo, en primaria las drogas ilegales por las que se preguntó fueron marihuana, inhalables y otras drogas. Se estima que la muestra fue de 6,358 grupos de alumnos y se encuestó a 191,880 estudiantes.

Estudiantes de 5° y 6° de Primaria (10 a 12 años aproximadamente)

La prevalencia total (alguna vez en la vida) del consumo de drogas ilegales para esta población fue de 3.3% y fue 2.7 veces mayor en hombres (4.7%) que en mujeres (1.7%). Esta relación se mantiene en otras prevalencias: en el último año 3.9 vs 1.3% y en el último mes 3 vs 0.9% respectivamente. Se aclara que la mayoría de los casos este consumo de drogas ocurrió de manera experimental. (Figura 5).

Figura 5. Prevalencias en el consumo de drogas ilegales Estudiantes de 5° y 6° de primaria



Fuente: Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes (ENCODE, 2014)

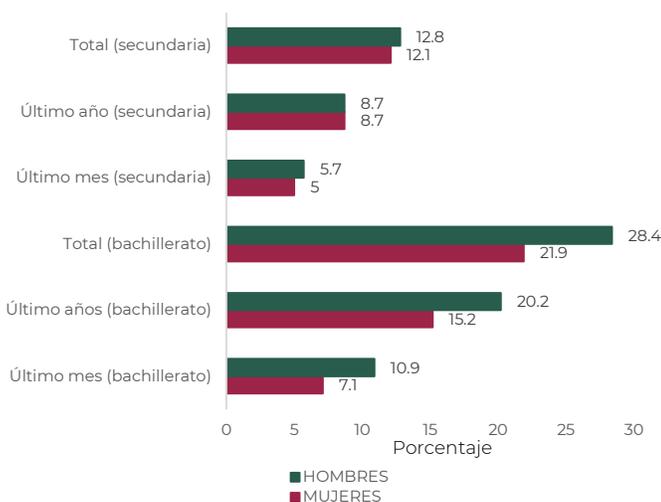
Considerando el lugar en que se encuentra la escuela primaria se identificó que, para el caso de la prevalencia total, los niveles de consumo de drogas no presentan diferencias significativas al comparar zonas urbanas y rurales: cualquier droga 3.2 y 3.5%; marihuana 2.3% en ambas zonas; inhalables 1.8 y 2%; y, otras drogas 1.6 y 1.7%, respectivamente. Situación que

se mantiene al comparar el caso de hombres y mujeres, aunque en ellas, el consumo de inhalables es menor en estudiantes de planteles en zonas urbanas (0.8 y 1.4%).

Secundaria (13 a 15 años) y Bachillerato (16 a 18 años aproximadamente)

Los resultados de la ENCODE, 2014 indican que el consumo alguna vez en la vida de cualquier droga en los estudiantes de secundaria y bachillerato es de 17.2%, mayor en hombres con 18.6% que en mujeres con 15.9%. Al analizar las diferentes prevalencias en hombres y mujeres es posible observar que el consumo de drogas es más parecido entre ambos en secundaria, en cambio en bachillerato el consumo en hombres es mayor (Figura 6).

Figura 6. Prevalencias en el consumo de cualquier droga en hombres y mujeres, alguna vez en la vida Estudiantes de secundaria y bachillerato

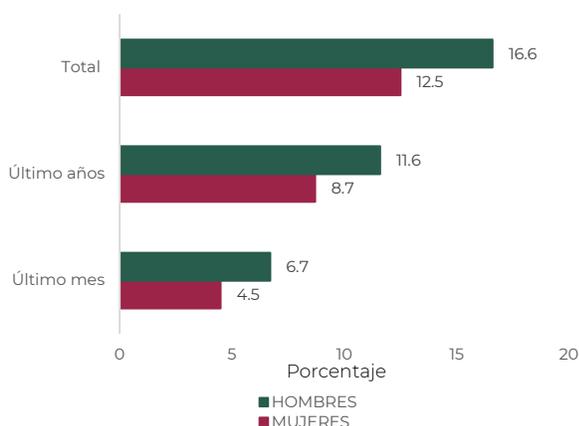


Fuente: Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes (ENCODE, 2014)

Esta relación en la que los hombres tienden a presentar mayores porcentajes que las mujeres se modifica en el caso del consumo de drogas médicas fuera de prescripción: la prevalencia total de las mujeres es de 6.5% y en hombres de 5.1%. El consumo en el último mes es de 2.1 y 1.8% respectivamente. Mientras que el crecimiento de este tipo de sustancias entre los hombres que pasan de la secundaria a bachillerato es de 4.1 a 6.7%, en el caso de las mujeres es mayor al pasar de 5.3 a 8.3%.

Para el consumo de drogas ilegales, en los hombres la prevalencia *alguna vez en la vida* es de 16.6% y en mujeres de 12.5%, la prevalencia en el último año: 11.6 y 8.7%, mientras que en el último mes fue de 6.7 y 4.5%, respectivamente (Figura 7).

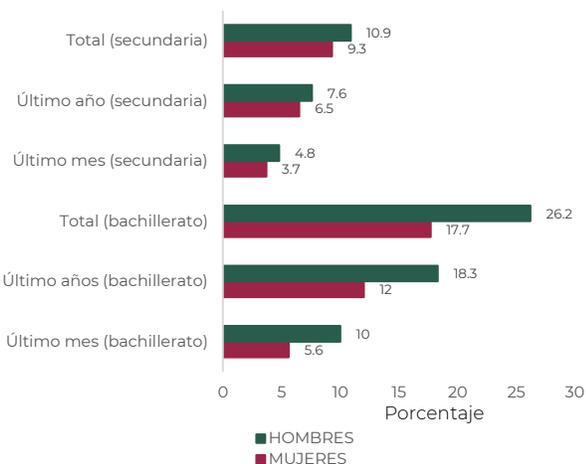
Figura 7. Prevalencias en el consumo de drogas ilegales alguna vez en la vida en hombres y mujeres Estudiantes de secundaria y bachillerato



Fuente: Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes (ENCODE, 2014)

Al analizar las prevalencias por sexo y comparar los niveles educativos, es posible observar que en el caso de los hombres la prevalencia total incrementa 2.5 veces entre la secundaria (10.9%) y el bachillerato (26.2%); caso similar en el último año (de 7.6 a 18.3%, respectivamente); y en el último mes se incrementa en 2 veces (de 4.8 a 10%, respectivamente). En el caso de las mujeres estos cambios son menores, la prevalencia *alguna vez en la vida* incrementa en 1.9 veces; en el último año, 1.8 veces; y, en el último mes, 1.5 veces. (Figura 8).

Figura 8. Prevalencias en el consumo de drogas ilegales alguna vez en la vida en hombres y mujeres Incremento por nivel educativo



Fuente: Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes (ENCODE, 2014)

A nivel nacional, es posible analizar el nivel de consumo de drogas en los estudiantes que asisten a escuelas ubicadas en comunidades rurales o en

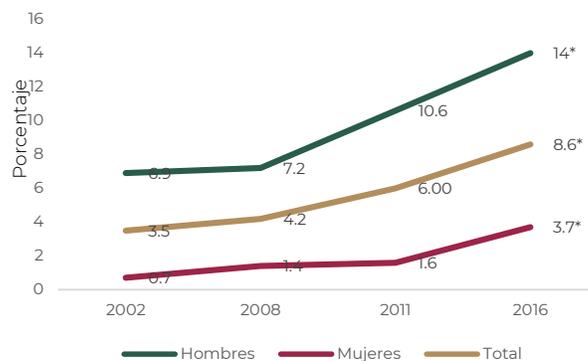
comunidades urbanas, de manera que se observa que la prevalencia total en las comunidades rurales es de 11.2% significativamente menor que el 18.3% de las escuelas en comunidades urbanas. Esta situación es similar para todas las drogas y en el consumo de marihuana (11.6% en urbanas y 5.2% en rurales) se observa la mayor diferencia relativa, seguida por los inhalables (6.2% y 3.9% respectivamente).

3. Prevalencia por tipo de droga consumida (ENCODAT 2016 - 2017; ENCODE 2014)

Prevalencia del consumo de marihuana

En México la marihuana sigue siendo la droga ilegal de mayor consumo. Las ENA 2002, 2008, 2011 y la ENCODAT 2016 - 2017 reportan que las personas de 12 a 65 años que consumieron marihuana alguna vez en la vida pasó de 3.5% en el año 2002 (2 millones 430 mil 285) a 4.2% en 2008 (3 millones 146 mil 796), a 6.0% en 2011, y a 8.6% en 2016 (7 millones 374 mil 195). La figura 9 muestra dicha tendencia por sexo y se puede apreciar que, aunque el consumo experimental en hombres es mayor que en mujeres, en ambos casos éste ha incrementado desde 2002.

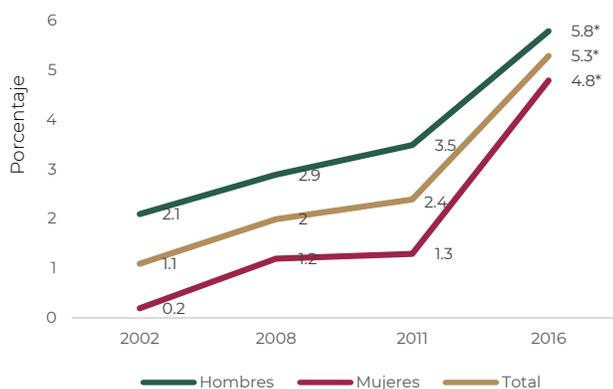
Figura 9. Tendencia de consumo alguna vez en la vida de marihuana de 2002 a 2016 Población de 12 a 65 años por sexo.



* Incremento estadísticamente significativo de 2011 a 2016.
Fuente: Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016- 2017

En el caso de los adolescentes de 12 a 17 años, la tendencia de consumo alguna vez también ha aumentado desde 2002 (Figura 10). Es importante señalar que, al igual que en la población total, el consumo es mayor en hombres que en mujeres, sin embargo, la diferencia entre la prevalencia de consumo entre hombres y mujeres es cada vez menor en la población joven.

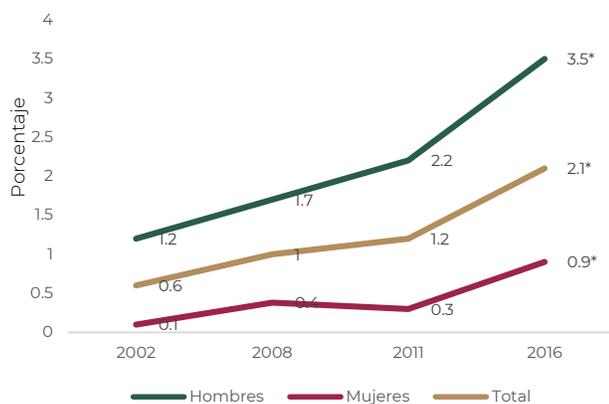
Figura 10. Tendencia de consumo alguna vez en la vida de marihuana de 2002 a 2016
Población adolescente de 12 a 17 años por sexo.



* Incremento estadísticamente significativo de 2011 a 2016.
Fuente: Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016- 2017

La prevalencia del consumo de marihuana en el último año (Figura 11) también ha incrementado progresivamente en la población de 12 a 65 años: 0.6% (418 mil) en 2002, 1% (771 mil) en 2008, 1.2% (962 mil) en 2011 y 2.1% en 2016, que equivale a 1.8 millones de personas que consumieron marihuana en el último año.

Figura 11. Tendencia de consumo último año de marihuana de 2002 a 2016
Población de 12 a 65 años por sexo.



* Incremento estadísticamente significativo de 2011 a 2016.
Fuente: Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016- 2017

Entre los adolescentes, el consumo de marihuana en el último año es incluso mayor que el consumo en la población total (2.6% en adolescentes vs. 2.1% en población total), su prevalencia se duplica de 2011 a 2016 y en el caso de las mujeres, entre estos años crece en 3.5 veces, con lo cual, el porcentaje entre hombres y mujeres se acorta para tener una diferencia de un punto porcentual (Figura 12).

Figura 12. Tendencia de consumo último año de marihuana de 2002 a 2016
Población adolescente de 12 a 17 años por sexo.



* Incremento estadísticamente significativo de 2011 a 2016.
Fuente: Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016- 2017

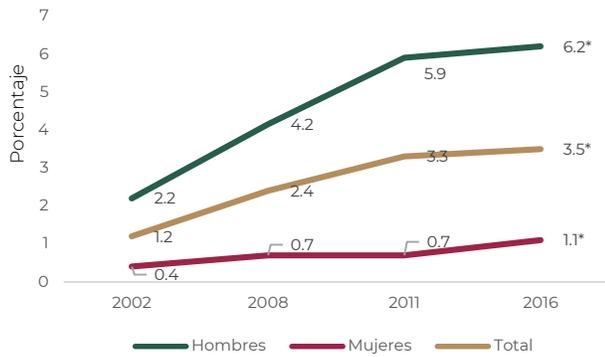
Por su parte, la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes (ENCODE, 2014), reporta que el 2.3% (106 mil) de los estudiantes de quinto y sexto de primaria y el 10.6% (1.1 millones) de los estudiantes de secundaria y bachillerato han probado la marihuana alguna vez; 12.9% hombres (671 mil) y 8.4% (440 mil) mujeres. Lo anterior, convierte a la marihuana en la sustancia ilegal más consumida por estudiantes. Al igual que lo reflejado en la ENCODAT 2016, la brecha en la prevalencia de consumo entre hombres y mujeres es menor a la observada en otros grupos etarios.

Esta encuesta refleja un consumo en el último año de 7.6% en estudiantes de secundaria y bachillerato (9.2% lo que equivale a 478 mil hombres y 6.1%, es decir, 320 mil mujeres), lo que indica que más de 794 mil estudiantes consumieron marihuana en el último año.

Prevalencia del consumo de cocaína

La cocaína es la segunda droga ilegal más consumida en México, sólo precedida por la marihuana. El consumo de cocaína alguna vez en la vida en la población general ha observado un incremento de al menos 2 puntos porcentuales desde el año 2002, al pasar de 1.2% (857 mil 766) en 2002 a 3.5% (3 millones 5 mil 431 personas) en 2016. Como se observa en la Figura 13, el consumo alguna vez en la vida de cocaína aumentó de 2002 a 2011, pero se mantuvo estable de 2011 a 2016.

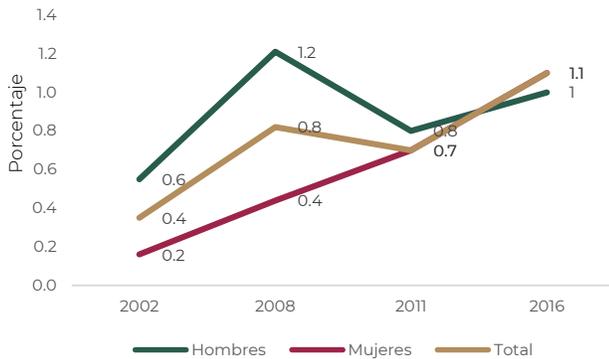
Figura 13. Tendencia de consumo alguna vez en la vida de cocaína de 2002 a 2016. Población de 12 a 65 años por sexo.



Fuente: Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016- 2017

En el caso de los adolescentes de 12 a 17 años, el consumo de cocaína alguna vez en la vida ha mostrado variaciones importantes. Al analizar los datos por sexo, se observa que el consumo en los hombres aumentó ligeramente de 2002 a 2008, disminuyó de 2008 a 2011 y nuevamente aumentó ligeramente de 2011 a 2016 (Figura 14). En el caso de las mujeres, el consumo ha aumentado desde 2002, sin embargo, estos aumentos no son significativos. Cabe resaltar, que, en 2016, la prevalencia de consumo es mayor para las mujeres 1.1% (81,036) que en los hombres 1.0% (73,081).

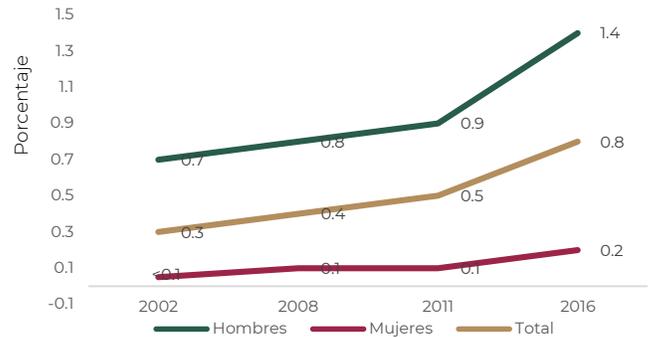
Figura 14. Tendencia de consumo alguna vez en la vida de cocaína de 2002 a 2016 Población adolescente de 12 a 17 años por sexo



Fuente: Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016- 2017

El consumo de cocaína en el último año se mantuvo relativamente estable entre 2002 y 2011; sin embargo, en los años posteriores se observa un aumento en el consumo de los hombres de 0.9% (274,843) a 1.4% (573,236), aunque éste no es significativo (figura 15).

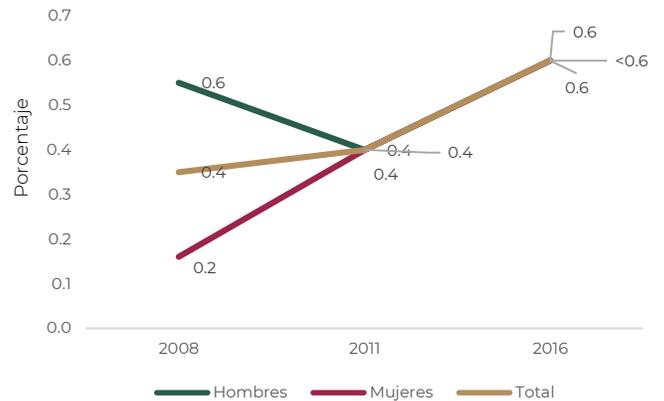
Figura 15. Tendencia de consumo en el último año de cocaína de 2002 a 2016 Población de 12 a 65 años por sexo



Fuente: Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016- 2017

En el caso de los adolescentes de 12 a 17 años, el consumo en el último año también se ha mantenido estable (Figura 16). En 2016, la prevalencia de consumo fue del 0.6% (84,636) tanto en hombres (44,793) como en mujeres (39,843).

Figura 16. Tendencia de consumo en el último año de cocaína de 2002 a 2016 Población adolescente de 12 a 17 años por sexo



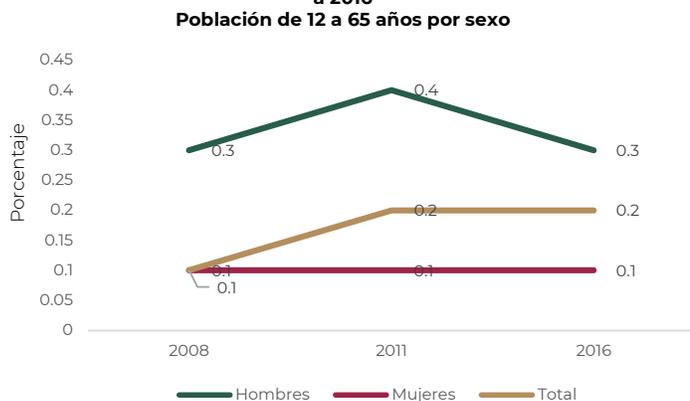
Fuente: Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016- 2017

En el caso de los estudiantes de secundaria y bachillerato, el 3.3% (345,041) ha consumido cocaína alguna vez en la vida, de los cuáles 4.2% (218,651) son hombres y 2.5% (131,246) son mujeres. Cabe resaltar, que el consumo de cocaína en hombres estudiantes crece más de 2.5 veces del nivel secundaria al nivel bachillerato (de 2.7% a 6.7%).

Prevalencia del consumo de opioides

Los opioides, incluida la heroína, son las sustancias psicoactivas altamente dañinas en términos de salud, de acuerdo con la UNODC, debido a que un gran número de muertes prevenibles son atribuibles al consumo de estas sustancias. En México el consumo de heroína ha permanecido estable desde 2008, con prevalencias de uso alguna vez de 0.1% (106 mil) en 2008 a 0.2% en 2016, lo que equivale a 145 mil personas, de las cuales más de 140 mil son hombres (Figura 17).

Figura 17. Tendencia de consumo alguna vez de heroína de 2008 a 2016



Fuente: Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016- 2017

El consumo alguna vez de heroína en adolescentes de 12 a 17 años también tiene una prevalencia baja, ya que es menor al 0.1%, lo que equivale a 5,491 adolescentes de los cuales 3,383 (<0.1%) son hombres y 2,108 (<0.1%) son mujeres; es decir, la brecha en la prevalencia de consumo es menor en adolescentes que en población total.

El consumo en el último año de heroína también presenta tendencias estables desde 2008, ya que ha permanecido en un porcentaje menor a 0.1% tanto en población total (12 a 65 años) como en población adolescente (12 a 17 años).

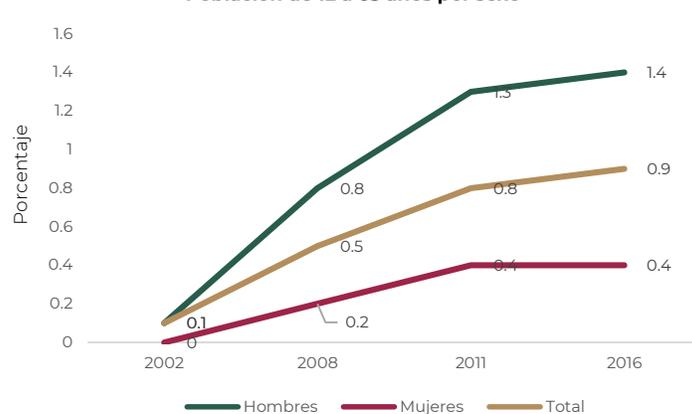
El mismo escenario de estabilidad en el consumo de heroína se refleja en la ENCODE 2014, donde el 0.9% (94,102) estudiantes de secundaria y bachillerato reportaron haber consumido heroína alguna vez, de los cuales 52,060 son hombres (1.0%) y 36,748 (0.7%) son mujeres. Esta encuesta reportó que el 0.5% (52,280) de los estudiantes de secundaria y bachillerato ha consumido heroína en el último año; de los cuáles más de 31 mil son hombres (0.6%).

Prevalencia del consumo de estimulantes tipo anfetamínico

Como se observa en la Figura 18, el consumo de estimulantes tipo anfetamínico alguna vez en la vida tiene una tendencia de consumo estable en los datos

registrados en las dos últimas encuestas; sin embargo, entre 2002 y 2011 se observa un incremento importante, sin que éstos sean significativos. El consumo de estas sustancias es mayor en los hombres que en las mujeres; de las 743,437 (0.9%) personas que reportaron su consumo alguna vez, 565 mil (1.4%) son hombres y 177 mil (0.4%) son mujeres.

Figura 18. Tendencia de consumo alguna vez de estimulantes tipo anfetamínico de 2002 a 2016



Fuente: Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016- 2017

El consumo en el último año también ha permanecido estable, aunque en hombres tuvo un aumento de 0.2% a 0.4% de 2011 a 2016, éste no es estadísticamente significativo. En el caso de los adolescentes, el 0.2% (34,419) consumió estas sustancias en el último año, de los cuáles el 0.2% (14,573) son hombres y el 0.3% (19,846) son mujeres; es decir, el consumo de estas sustancias es mayor en mujeres que en hombres adolescentes, a diferencia de otros grupos etarios

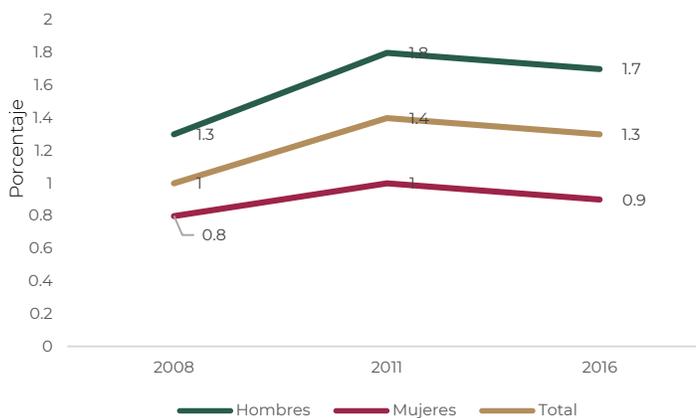
Por su parte, la ENCODE 2014 reporta que el consumo de metanfetaminas en los estudiantes de bachillerato y secundaria está distribuido uniformemente en el país con una prevalencia de 2% (2.3% hombres y 1.7% mujeres). El consumo en el último año en estudiantes de este nivel educativo es de 1.3%. En este caso, el consumo es ligeramente mayor en los hombres (1.5%) en comparación con las mujeres (1.1%).

Prevalencia del consumo de drogas de uso médico fuera de prescripción

La ENCODAT 2016 reporta que el consumo alguna vez de medicamentos fuera de prescripción (drogas médicas) se ha mantenido estable desde 2008 tanto en hombres como en mujeres, tal como se muestra en la Figura 19. En 2016 se reportó que el consumo alguna vez en hombres es de 1.7% (690,986 personas) y el de mujeres de 0.9% (406,235 personas), es decir, aunque el consumo es mayor en hombres, la brecha entre el

consumo de ambos sexos es menor para estas sustancias que para otro tipo de drogas. La misma tendencia se puede observar en el grupo de adolescentes, ya que el consumo alguna vez pasó de 0.5% en 2008 a 0.6% en 2016.

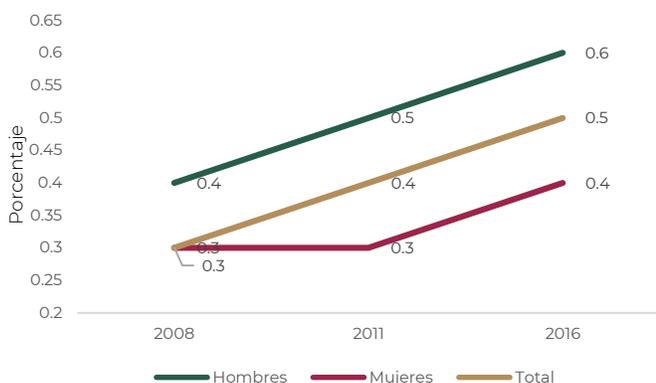
Figura 19. Tendencia de consumo alguna vez de drogas médicas de 2008 a 2016 Población de 12 a 65 años por sexo



Fuente: Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016- 2017

La estabilidad en la tendencia de consumo de drogas médicas también se observa en la prevalencia del último año (Figura 20). En 2016, sólo 0.5% de la población consumió drogas médicas en el último año, lo que equivale a 414,458 personas, de las cuales 248,292 son hombres y 163,166 son mujeres. En el caso de los adolescentes, el consumo pasó de 0.3% en 2008 a 0.4% en 2016, lo que equivale a casi 59 mil adolescentes, de los cuales 39,151 son mujeres (0.6%) y 19,753 (0.3%) son hombres, es decir, las mujeres adolescentes tienen una mayor prevalencia de consumo último año, a diferencia de las mujeres en la población total.

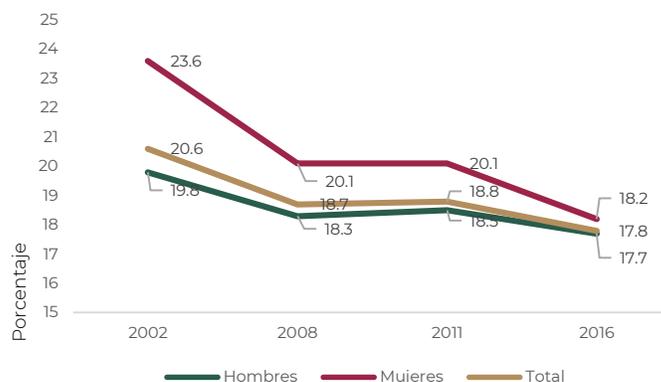
Figura 20. Tendencia de consumo último año de drogas médicas de 2008 a 2016 Población de 12 a 65 años por sexo



Fuente: Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016- 2017

Respecto a la variación que ha tenido la edad de inicio del consumo de drogas en hombres y mujeres (figura 21), es posible observar que, considerando los datos de las últimas cuatro encuestas nacionales, se observa una disminución (20.6 años en 2002, 18.7 en 2008, 18.8 en 2011 y 17.8 años en 2016). Este comportamiento también se observa en ambos sexos; en hombres pasó de 19.8 años en 2002 a 17.7 años en 2016 y en las mujeres de 23.6 años a 18.2 años.

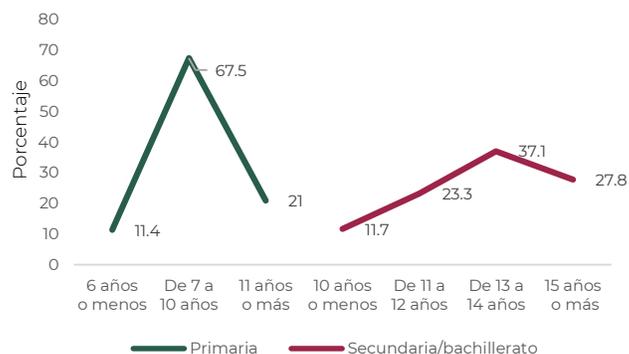
Figura 21. Media de edad de inicio del consumo de drogas Población de 12 a 65 años



Fuente: Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016- 2017

Por su parte también la ENCODE 2014 identifica las edades en que reportaron haber tenido el primer consumo de alguna droga ilegal (Figura 22). En el 67.5% de los casos, los estudiantes de primaria reportaron que iniciaron su consumo entre los 7 y 10 años, consumo que generalmente fue experimental, según lo indica esta encuesta. En el caso de los estudiantes de secundaria, el mayor porcentaje se concentra entre quienes tenían entre 13 a 14 años, sin embargo, no se puede omitir que un alto porcentaje de ellos iniciaron antes de estas edades: 23.3% entre los 11 y 12 años y 11.7% antes de los 10 años.

Figura 22. Edad de inicio del consumo de drogas Estudiantes de primaria y estudiantes de secundaria/bachillerato



Fuente: Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes (ENCODE, 2014)

4. Consumo de drogas en jóvenes que se encuentran en centros de Tratamiento por infringir las leyes penales

En el país existen 55 Centros de Tratamiento Interno para Adolescentes que infringen las leyes penales. De acuerdo con el Censo Nacional de Gobierno, Seguridad Pública y Sistema Penitenciario Estatales 2017³⁵ que realiza el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), para 2016 la población que se encontraba internada era de 3,844 adolescentes, 94% eran varones y 76% mujeres.

En marzo de 2016 la Dirección General Prevención y Tratamiento de Menores (DGPTM)³⁶ realizó en coordinación con la Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC) una encuesta nacional de consumo, uso y abuso de sustancias psicoactivas en los Centros de Internamiento Especializados para Adolescentes (SIC)³⁷, de la cual se obtuvieron los siguientes resultados:

- a) De los 3,180 adolescentes que contestaron la encuesta, sólo 81 de ellos, esto es el 0.6% no habían tenido contacto con sustancias psicoactivas.
- b) El 98% había consumido drogas, incluido alcohol y tabaco, previo a su ingreso al centro de tratamiento.
- c) El 40% estos adolescentes cometieron el delito por el cual fueron internados, bajo los efectos de alcohol y/o alguna otra droga.

Tabla 11. Delitos de mayor incidencia entre los adolescentes en Centros de Tratamiento Interno

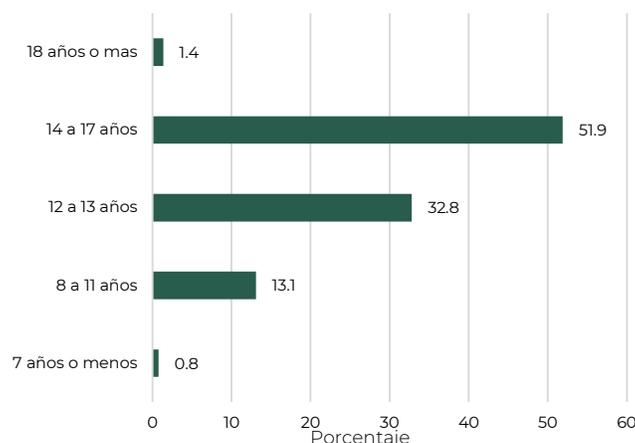
Delito por el que se encuentran internados (≥4%)	%
Robo	39
Contra la Salud	12
Homicidio	11
Atentados contra la seguridad de la comunidad	7
Violación	6
Contra el patrimonio	5
Lesiones	4
Secuestro	4
Por otros delitos	12

Fuente: Estudio de consumo de sustancias psicoactivas entre Adolescentes en Conflicto con la Ley en Internamiento. CONADIC/DGPTM, 2016

- d) Respecto a la edad en que iniciaron a consumir alguna sustancia psicoactiva. El 51.9% lo hizo entre los 14 a 17 años, en tanto que el 46.7% lo

comenzó cuando tenía 13 años o menos (Figura 24).

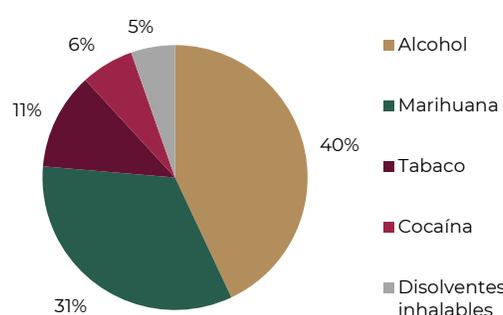
Figura 23. Porcentaje de la edad de inicio del consumo de drogas en adolescentes en Centros de Tratamiento Interno



Fuente: Estudio de consumo de sustancias psicoactivas entre adolescentes en Conflicto con la Ley en Internamiento. CONADIC/DGPTM, 2016

- e) Las principales drogas de inicio son marihuana (32%), alcohol (29%), tabaco (19%) y disolventes inhalables (11%).
- f) Sin embargo, el alcohol es la sustancia de mayor consumo (40%), seguida por marihuana (31%), tabaco (11%), cocaína (6%) y disolventes inhalables (5%).

Figura 24. Drogas de mayor consumo en adolescentes en Centros de Tratamiento Interno



Fuente: Estudio de consumo de sustancias psicoactivas entre Adolescentes en Conflicto con la Ley en Internamiento. CONADIC/DGPTM, 2016

³⁵ En tratamiento externo se tenía un registro de 5,852 adolescentes. http://www.beta.inegi.org.mx/proyectos/censosgobierno/estatal/cng_spspe/2017/

³⁶ La cual está en la línea de responsabilidad del Órgano Administrativo Desconcentrado de Prevención y Readaptación Social, la Secretaría de Gobernación y de la Comisión Nacional de Seguridad.

³⁷ La información de esta encuesta nacional se compone de la respuesta que dieron los 50 Centros de Internamiento que

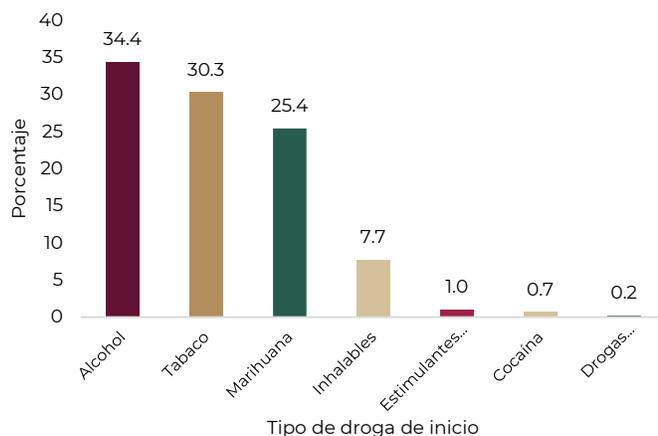
requisitaron la información solicitada (existen 54 Centros de este tipo en las 31 entidades federativas del país). La información se levantó mediante un instrumento de auto aplicación con una n=3,180 adolescentes lo que representa el 86% del total (en ese momento 3,716 adolescentes se encontraban en una situación privativa de la libertad)

Otra fuente de información del consumo de drogas de esta población es el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA), que aplica un cuestionario a los menores de edad que ingresan por primera vez en un año calendario a los Centros de Tratamiento Interno para Adolescentes que infringen las leyes. En el 2017 el SISVEA implementó una nueva plataforma de datos debido a que se actualizaron los cuestionarios para recolectar la información.

En 2018 se analizaron 521 cuestionarios de adolescentes entre los 12 y los 17 años, cuyo promedio de edad fueron los 16.1 años (con una desviación estándar de un año). El 91.4%, es decir 477 adolescentes tenían 15 años o más al ingresar a los Centros de Tratamiento Interno para Adolescentes. De ellos, el 90.8% eran hombres y el 9.2% mujeres.

De esta población, el 76.6% afirmaron que consumían habitualmente alguna droga, incluyendo alcohol y tabaco. Refiriendo como sus principales drogas de inicio al alcohol (34.4%, 138 adolescentes), el tabaco (30.3%, 122 adolescentes), y a la marihuana (25.4, 102 adolescentes) (ver figura 25):

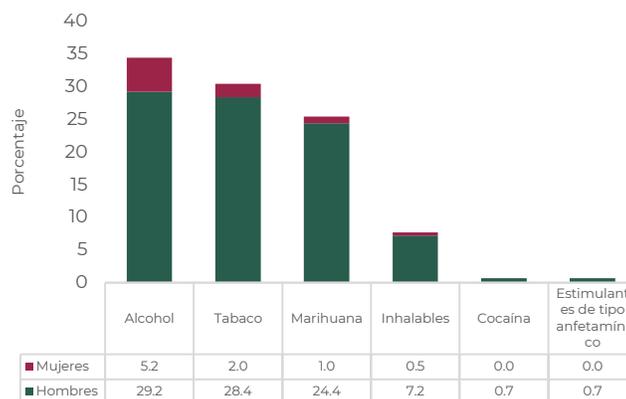
Figura 25. Porcentaje del tipo de droga de inicio en adolescentes que se encuentran en Centros de Tratamiento Interno
(N= 401 adolescentes)



Fuente: Observatorio Mexicano de Drogas (2019) con información del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones, 2018

Si se analiza el tipo de droga de inicio por sexo, es posible identificar que los hombres superan en porcentaje a las mujeres en la mayoría de las drogas de inicio (ver figura 26).

Figura 26. Droga de inicio según el sexo de los adolescentes que se encuentran en Centros de Tratamiento Interno
(N= 401 adolescentes)

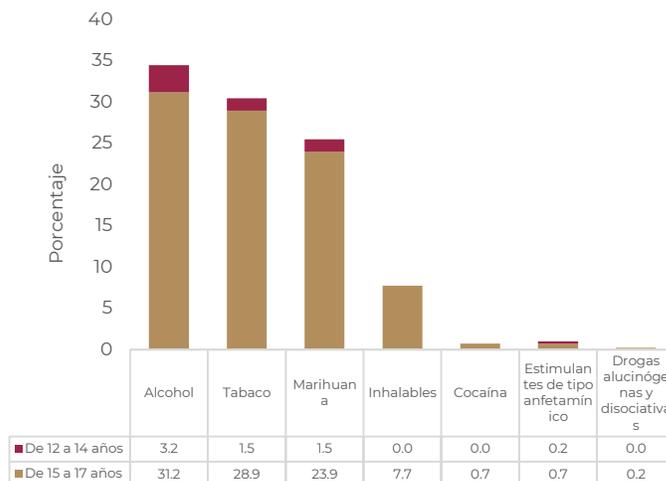


Fuente: Observatorio Mexicano de Drogas (2019) con información del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones, 2018

La edad en la que los adolescentes iniciaron su consumo de sustancias psicoactivas fue en promedio a los 13.6 años (desviación estándar de 1.8 años). La edad más temprana del inicio del consumo de drogas fue a los 5 años.

Por grupo de edad, en todas las drogas de inicio, el grupo de 15 a 17 años supera en porcentaje al grupo de 12 a 14 años. En cuanto al grupo de edad correspondiente a los menores de 12 a 14 años, las drogas de inicio recaen en el alcohol, el tabaco y la marihuana. Por su parte en el grupo de 15 a 17 años, sus drogas de inicio son principalmente el tabaco (31.2%), el alcohol (30.7%), la marihuana (26.1%) y los inhalables (8.7% ver figura 28).

Figura 27. Droga de inicio según el grupo etario de los adolescentes que se encuentran en Centros de Tratamiento Interno
(N= 401 adolescentes)



Fuente: Observatorio Mexicano de Drogas (2019) con información del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones, 2018

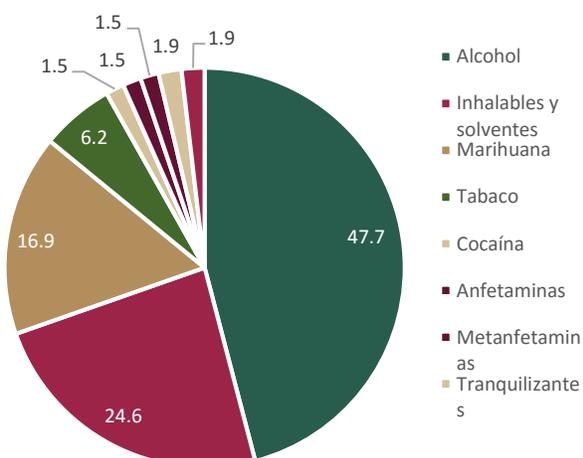
El 86.8% de los adolescentes indicaron que habían consumido su droga de inicio durante el último año. De aquellos menores que actualmente utilizaban su droga de inicio, el 51.6% de ellos indicaron que la consumían diariamente, el 22.1% de forma semanal, el 13.8% de forma mensual y el 4% de manera anual, mientras que el 8.5% reportaron que ya no la consumían.

La principal vía de administración de la droga de inicio fue fumada (56.4%), seguida por la vía oral (34.6%), por inhalación (8.8%) y por vía intranasal (0.3%).

Este sistema de información presenta datos un tanto divergentes con el estudio de consumo de sustancias psicoactivas entre Adolescentes en Conflicto con la Ley en Internamiento, que desarrollo CONADIC y DGPTM, en 2016. Uno de estos es el relacionado con la proporción de menores que cometieron el delito por el cual se encuentran internados bajo el efecto de alguna droga, el estudio citado señala que en el 40% de los casos ocurrió bajo esta situación; mientras que el SISVEA identificó que fue el 12.5%, es decir 65 adolescentes que habían cometido el delito bajo los efectos de alguna droga. De ellos el 98.5% eran varones y el 1.5% mujeres, y en su mayoría tenían de 15 a 17 años (95.4%).

De los adolescentes que cometieron algún delito bajo los efectos de alguna droga, se identificó que el alcohol (47.7%) fue la sustancia más utilizada bajo esta situación, seguida por los inhalables (24.6%) y la marihuana (16.9%; ver Figura 28).

Figura 28. Porcentaje de las principales drogas consumidas previo a la comisión del delito por el cual los adolescentes se encuentran internados.
(N=65 adolescentes)



Fuente: Observatorio Mexicano de Drogas (2019) con información del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones, 2018

Otra de las diferencias encontradas en los estudios es el tipo de delito cometido, el SISVEA registra este dato como el motivo de ingreso a los Centros de Tratamiento Interno para Adolescentes.

El SISVEA en el año 2018 identificó los siguientes motivos de ingreso (ver tabla 12), como se aprecia también es posible identificar el motivo de ingreso de los menores de edad que se encontraban bajo los efectos de alguna droga al cometer el delito (ver tabla 12).

Tabla 12. Motivos de ingreso en los Centros de Tratamiento Interno para Adolescentes, 2018.

Motivo de ingreso	Delito con consumo	Delito sin consumo	Total	Total
	%	%	%	n
Robo	6.5	40.7	47.2	246
Actos Violentos	1.9	3.1	5.0	26
Portación de arma de fuego	0.4	4.2	4.6	24
Delitos contra la salud	1.2	12.9	14.0	73
Delito sexual	1.2	7.7	8.8	46
Portación de arma punzocortante	0.0	0.2	0.2	1
Otro	1.3	18.8	20.2	105
Total	12.5	87.5	100.0	521

Fuente: Observatorio Mexicano de Drogas (2019) con información del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones, 2018

Además, en el 5% de los casos (26 adolescentes) se indicó que cometieron el delito para conseguir alguna sustancia psicoactiva.

En un informe especial que realizó la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) con base en la supervisión que realizó en 2014 a los 56 Centros de Tratamiento Interno para adolescentes que infringen las leyes penales³⁸, entre otros puntos observó la ausencia de programas contra las adicciones y para el tratamiento de desintoxicación en 25 de estos centros; situación que vulnera el derecho a la protección de la salud y dificulta la reintegración social y familiar de los adolescentes, previstos en los artículos 4º, párrafos cuarto y noveno, y 18, párrafo sexto, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

En este sentido, propuso a los gobernadores de los estados y al jefe de gobierno de la Ciudad de México, entre otros puntos, lo siguiente:

“DÉCIMA PRIMERA. Ordenar la creación de programas de prevención contra las adicciones en los centros de tratamiento interno, así como la realización de un registro de los adolescentes que presenten ese problema de salud, a efecto de

38

http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/Informes/Especiales/2015_IE_adolescentes.pdf Cfr. Anexo 14

elaborar un diagnóstico que permita establecer, en su caso, las acciones para la aplicación voluntaria del tratamiento de desintoxicación correspondiente” (p. 57- 58/103).

5. Consumo de drogas de alto riesgo

Tendencia y consumo de opioides sintéticos - Fentanilo

En la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT 2016-2017), no se detectaron casos de consumo de Fentanilo en el país. Sin embargo, con el objetivo de explorar exhaustivamente otras fuentes de información, en 2018 la Comisión Nacional contra las Adicciones realizó un diagnóstico para identificar casos de demanda de tratamiento por consumo de Fentanilo dentro de la Red Nacional de Atención a las Adicciones ³⁹. De acuerdo con este estudio exploratorio, entre los años 2015 y 2018 se detectaron 68 casos en los que los usuarios reportaron haber consumido esta sustancia.

Tabla 13. Detección de casos con consumo de Fentanilo (2015-2017).

Institución	2015	2016	2017	Total
Centros de Atención Primaria en Adicciones	6	20	13	39
Centros de Integración Juvenil, A.C.			24	24
Centros de Tratamiento Residencial (SISVEA)		4		4
Total Nacional	6	24	37	67

Fuente: Información obtenida de la Red Nacional de Atención a las Adicciones

Cabe mencionar que estos datos deben tomarse con precaución, dado que en este sondeo se tomó en cuenta únicamente lo referido por el paciente, ninguna prueba biológica fue realizada para identificar metabolitos en fluidos o muestras biológicas y tampoco se realizaron pruebas químicas para caracterizar la sustancia.

6. Conclusiones

El consumo de drogas en México presenta bajas prevalencias en comparación con otros países, sin embargo, los datos aquí presentados muestran un importante aumento en el uso de drogas ilegales, el cual se explica por el crecimiento continuo en el consumo de marihuana, tanto en hombres como en mujeres. La marihuana es la droga ilegal más consumida a nivel mundial y México no es la excepción; el aumento en su consumo se debe a distintos factores sociales e individuales, entre los que destacan: el aumento en su disponibilidad, las actitudes tolerantes hacia su consumo

(normalización), y la desinformación sobre sus efectos nocivos, entre otros.

El consumo de sustancias es mayor en los hombres que en mujeres, sin embargo, la brecha en las prevalencias de consumo es cada vez menor, especialmente en la población adolescente. En el caso de este grupo etario, el consumo de sustancias en mujeres iguala el consumo en hombres, e incluso lo sobrepasa en algunas sustancias, como los estimulantes tipo anfetamínico. Por lo tanto, es necesario seguir reforzando la implementación de estrategias de prevención y tratamiento con perspectiva de género y dirigidas a la población joven.

El consumo de drogas en poblaciones específicas, como es el caso de adolescentes que se encuentran en centros de tratamiento por infringir las leyes penales, sugiere la necesidad de desarrollar programas y estrategias que focalicen sus acciones en las variables que vulneran la capacidad para afrontar el riesgo de consumo, los cuales deben ser programas de intervención distintos a los empleados con la población general.

Si bien, la infraestructura en materia de atención es amplia, la existencia de datos accesibles y comparables sobre la demanda de tratamiento presenta diversos retos determinar claramente las características de los pacientes y sus necesidades en el contexto nacional, estatal y regional con el propósito de sentar las bases para fortalecer las políticas en la materia.

En el contexto de la elaboración este informe como parte de las acciones del Observatorio Mexicano de Drogas, se considera de suma importancia dar continuidad al monitoreo epidemiológico en nuestro país, a fin de identificar periodos de cambio en el consumo a nivel nacional, regional y estatal, al tiempo de detectar oportunamente amenazas emergentes como nuevas drogas o patrones de consumo.

7. Fuentes y metodología

Para la compilación de este apartado del informe, se consultaron dos tipos de fuentes:

Las dos encuestas nacionales más recientes:

- Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016- 2017 (ENCODAT)
- Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes (ENCODE, 2014).

³⁹ Integrada por Centros Residenciales Públicos y Privados, los 341 Centros de Atención Primaria en Adicciones y 117 Centros de Integración Juvenil

Las principales fuentes de información en materia de la demanda de tratamiento de por consumo de sustancias psicoactivas:

- Sistema de Información de los Consejos Estatales contra las Adicciones (SICECA), que brinda información de los usuarios atendidos en los Centros de Atención Primaria en Adicciones.
- Sistema de Información Epidemiológica del Consumo de Drogas (SIECD), que cuenta con información de los usuarios de los de los Centros de integración Juvenil.
- Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Adicciones (SISVEA), que reporta datos sobre los usuarios de Centros de Tratamiento no Gubernamentales, Consejos Tutelares de Menores, Servicios Médico Forenses y Servicios de Urgencias Hospitalarias. Se presentan datos parciales del 2018.

II. Prevención del consumo de drogas

1. Políticas y coordinación

La prevención de adicciones guarda una vinculación con la estrategia 2.4.1 del Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024: Ampliar el acceso efectivo de la población a los servicios de salud, priorizando a grupos en situación de vulnerabilidad, marginación o discriminación.

En julio de 2017 la Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC) presentó el Programa Nacional de Prevención del Uso, Abuso y Dependencia a Sustancias Psicoactivas y Participación Ciudadana⁴⁰ el cual contiene estrategias que establecen las bases para la prevención del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas dirigida a brindar mejores herramientas a niñas, niños y jóvenes, padres, profesores, particularmente de educación básica, y a promotores, a fin de desalentar el consumo de sustancias psicoactivas, evitar la progresión de su uso hacia el abuso y la dependencia, así como las consecuencias asociadas, mejorando la convivencia, el entorno social y educativo. Con este programa se trató de homologar las distintas acciones preventivas que se hacen en las entidades federativas y municipios del país.

Este programa contempló el desarrollo de cinco estrategias, 14 líneas de acción y 40 actividades centrales. A continuación, se citan estas estrategias y líneas de acción:

Estrategia 1. Impulsar acciones integrales preventivas para informar, sensibilizar y educar sobre los riesgos del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas

Líneas de acción

- Reforzar campañas informativas y de concientización sobre los daños y riesgos del consumo de sustancias psicoactivas.
- Intensificar las intervenciones preventivas dirigidas principalmente a niños, niñas, adolescentes, jóvenes, docentes y padres de familia, para el desarrollo de competencias y estilos de vida saludables en contextos escolares y familiares.
- Impulsar intervenciones preventivas en contextos comunitarios para prevenir el consumo de sustancias psicoactivas y promover el desarrollo de comunidades saludables y seguras.
- Promover programas preventivos en centros laborales públicos y privados para disminuir los riesgos asociados al consumo de sustancias psicoactivas y promover el desarrollo de ambientes laborales sanos y seguros.

- Favorecer acciones para prevenir el abuso en el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas en poblaciones con altos niveles de vulnerabilidad psicosocial.
- Promover la formación de promotores preventivos para operar acciones que desalienten y eviten el consumo de sustancias psicoactivas en distintos sectores y escenarios.
- Impulsar que la oferta de programas e intervenciones preventivas disponibles a nivel nacional se fundamenten en la evidencia científica y en la normatividad aplicable.

Estrategia 2. Fortalecer la detección temprana, la orientación y referencia de consumidores de sustancias psicoactivas para su atención oportuna.

- Reforzar la detección temprana y la intervención oportuna de personas con problemas de consumo de sustancias psicoactivas.
- Impulsar acciones de detección temprana y consejería breve para la cesación del consumo de sustancias psicoactivas en Unidades de Primer Nivel de Atención.

Estrategia 3. Fortalecer los servicios de tratamiento y rehabilitación de consumidores.

- Impulsar la mejora de la calidad de los servicios de tratamiento y rehabilitación del uso, abuso y dependencia a sustancias psicoactivas. Promover la capacitación de profesionales de la salud y personal operativo que brindan servicios de tratamiento a las adicciones.

Estrategia 4. Fortalecer la normatividad para disuadir el uso nocivo de alcohol y consumo de tabaco.

- Dar seguimiento al cumplimiento de la Ley General para el Control de Tabaco.
- Desarrollar mecanismos para instrumentar medidas para la reducción del uso nocivo de alcohol.

Estrategia 5. Fortalecer el sistema de información y vigilancia epidemiológica del consumo de sustancias psicoactivas.

- Impulsar el monitoreo del uso, abuso y dependencia a sustancias psicoactivas.

En la presente administración, se ha puesto como una prioridad inmediata la atención a la infancia y juventud mexicana, particularmente la atención se ha centrado en los factores psicosociales que impiden su óptimo desarrollo. En este contexto, actualmente se

⁴⁰ Comisión Nacional contra las Adicciones, julio de 2017. Documento interno, no publicado.

desarrolla una Estrategia Nacional de Prevención del Adicciones, la cual se encuentra sustentada en tres pilares base:

1. Educación:
 - a. Formación a maestros en la prevención de adicciones
 - b. Capacitación a padres de familia para la detección, prevención y canalización a tratamiento
 - c. Movilización comunitaria en las escuelas publicas
2. Salud (prevención y rehabilitación)
 - a. Creación de una red nacional de atención para el tratamiento y la rehabilitación
 - b. Talleres, jornadas foros abiertos al público
3. Comunicación e Información
 - a. Campaña de comunicación con 4 etapas: *escucha primero, date cuenta, dialoguemos y cuidémonos entre todos.*

Por otro lado, y como parte de la Matriz de Indicadores de Resultados (MIR)⁴¹ que da seguimiento el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), el programa presupuestal E025. *Prevención y atención contra las adicciones*⁴², tiene como objetivo contribuir a consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades mediante acciones integrales para la prevención y control de las adicciones. Los indicadores son los siguientes:

A nivel de Propósito:

Porcentaje de adolescentes de 12 a 17 años que participan en acciones de prevención de adicciones

Los bienes o servicios, así como las acciones que pretende generar el programa presupuestario (Nivel de Componente y Nivel de Actividad de la MIR), se define por los siguientes indicadores:

- 1) *Porcentaje de egresos por mejoría en adicciones en consulta externa*
- 2) *Porcentaje de consultas de primera vez otorgadas con respecto a las consultas programadas en las Unidades de Especialidades Médicas-Centros de Atención Primaria en Adicciones (UNEME-CAPA)*

⁴¹ La MIR es una herramienta de planeación que identifica en forma resumida los objetivos de un programa, incorpora los indicadores de resultados y gestión que miden dichos objetivos; especifica los medios para obtener y verificar la información de los indicadores, e incluye los riesgos y contingencias que pueden afectar el desempeño del programa. Cfr.

- 3) *Porcentaje de egresos hospitalarios por mejoría en adicciones.*
- 4) *Porcentaje de ocupación hospitalaria en adicciones*
- 5) *Porcentaje de la población de 6 a 11 años de edad y de 18 en adelante, que recibe acciones de prevención, del total de la población en esos rangos de edad, en donde tiene presencia Centros de Integración Juvenil, A.C.*
- 6) *Porcentaje de personas que recibieron capacitación en materia de prevención y tratamiento de adicciones respecto a la demanda programada*
- 7) *Porcentaje de adolescentes que inician tratamiento en las Unidades de Especialidades Médicas - Centros de Atención Primaria en Adicciones (UNEME-CAPA)*
- 8) *Porcentaje de recetas surtidas en Unidades de Hospitalización, en relación con las emitidas*
- 9) *Porcentaje del alumnado con pruebas de tamizaje del año en curso, respecto del alumnado con pruebas de tamizaje programado*
- 10) *Porcentaje de campañas de comunicación para la promoción de las actividades de prevención y tratamiento del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas*

En su último reporte del que se tiene registro (monitoreo 2015 – 2016) se identifica que no cuenta con evaluaciones de impacto⁴³ que puedan arrojar resultados atribuibles completamente a la intervención del programa. El CONEVAL recomendó revisar la planeación de las metas, dado el comportamiento irregular de los indicadores.

2. Características de las intervenciones preventivas

Niveles de prevención

Podemos clasificar a la prevención del consumo de sustancias psicoactivas en tres niveles: universal, selectivo e indicado.⁴⁴

Prevención universal. Dirigida a la población en general y se lleva a cabo mediante la promoción de la salud para crear conocimiento y orientar sobre la problemática del consumo de sustancias.⁴⁵ Para

https://www.coneval.org.mx/coordinacion/Paginas/monitor_eo/mir/mir.aspx

⁴² Presentada en la conferencia matutina del Presidente, Lic. Andrés Manuel López Obrador.

⁴³ El Programa cuenta con una evaluación en materia de Diseño en 2011 y tres fichas de monitoreo (2012, 2013 y 2014).

⁴⁴ NOM028-SSA2.2009. Ibid.

⁴⁵ NOM028-SSA2-2009. Ibid.

lograr lo anterior se realiza: 1. La sensibilización a la población para incrementar la percepción de riesgo del uso de tabaco, alcohol y otras drogas. 2. La información oportuna para acceder a los servicios de tratamiento del consumo de sustancias psicoactivas. 3. La invitación para participar en acciones de promoción de la salud y en redes preventivas. 4. El énfasis en el conocimiento y fortalecimiento de factores de protección.⁴⁶

Prevención selectiva. Se enfoca a desarrollar intervenciones para grupos de riesgo específico, por ejemplo: hijos de alcohólicos, reclusos, menores infractores, víctimas de violencia doméstica y abuso sexual, niños con problemas de aprendizaje y/o de conducta, etc. Estos grupos se asocian al consumo de drogas ya que se han identificado factores biológicos, psicológicos y ambientales que sustentan su vulnerabilidad. Asimismo, coadyuva a la atención a grupos específicos de niños en situación de calle, indígenas y adultos mayores, entre otras.⁴⁷ Esto puede ser a través de: 1. El diseño de metodologías de captación y atención a grupos vulnerables que se identifiquen como prioritarios para recibir los servicios preventivos institucionales, así como detectar casos y derivarlos a tratamiento. 2. La capacitación en materia de prevención e intervención del consumo de sustancias psicoactivas al personal que labora directamente con grupos extremadamente vulnerables como indígenas o adultos mayores.⁴⁸

Prevención indicada. Se dirige a grupos de población con sospecha de consumo y/o usuarios experimentales, o de quienes exhiben factores de alto riesgo que incrementan la posibilidad de desarrollar consumo perjudicial o la adicción.⁴⁹ Esto se puede lograr a través del diseño de metodologías de intervención breve para la consejería y motivación a reducir y abandonar el consumo de las drogas.⁵⁰

Contextos de la prevención

Los programas de prevención generalmente están diseñados para dar cobertura a poblaciones objetivo en su contexto de interacción principal:

- Contexto familiar: los programas buscan fortalecer los factores de protección en niños y jóvenes a través del entrenamiento a los padres en técnicas de comunicación y disciplina.
- Contexto escolar: las acciones de prevención pueden dirigirse a grupos específicos o a toda la escuela, y se orientan a la enseñanza de habilidades sociales, académicas, autocontrol, manejo de problemas, y habilidades de rechazo al consumo.

- Contexto comunitario: las acciones de intervención en este contexto se enfocan a involucran la participación de organizaciones cívicas, religiosas y gubernamentales, favoreciendo comportamientos pro-sociales y actuando contra las adicciones.
- Contexto salud: las acciones generalmente se dirigen a la capacitación del personal médico y a otros profesionales de la salud de los primeros niveles de atención para influir en la valoración que hacen los pacientes que asisten a estos centros en relación con su salud y el consumo de drogas.
- Contexto laboral: con base en un diagnóstico de la magnitud del problema de consumo dentro de su población trabajadora, se diseñan acciones integrales que favorezcan la promoción de un clima laboral saludable, la detección oportuna y derivación de casos a servicios profesionales y la reducción de riesgos laborales asociados al consumo de sustancias.

3. Instituciones que operan programas de prevención

- A. Actualmente, se carece de un registro sistemático y permanente de las instituciones y de los programas preventivos que se llevan a cabo en el país, particularmente aquellos que son desarrollados por organizaciones de la sociedad civil. Existen dos antecedentes de registros de programas preventivos: El Consejo Nacional Contra las Adicciones (CONADIC) publicó en 2004 la serie técnica Modelos preventivos⁵¹, la cual documentó 11 distintos programas que contaban con determinado nivel de sistematización metodológica-teórica e incorporaban algún dispositivo de evaluación:

Tabla 14. Programas preventivos en 2004

#	Nombre del programa preventivo	Institución de referencia
1	Construye tu vida sin adicciones	Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC)
2	Centros de Integración Juvenil	Centros de Integración Juvenil, A.C.
3	Uso de alcohol, tabaco y otras drogas en el lugar de trabajo	CONADIC / Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM)
4	Riesgos psicosociales para menores, adolescentes y sus familias (CHIMALLI)	Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF)
5	Programa de educación preventiva contra las adicciones (PEPCA)	Secretaría de Educación del Distrito Federal

⁴⁶ Modelos preventivos (2006). STCONADIC. <http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/publicaciones/modprev.pdf>
⁴⁷ NOM028-SSA2-2009. Ibid.
⁴⁸ Modelos preventivos (2006). STCONADIC. Ibid.

⁴⁹ NOM028-SSA2-2009. Ibid.
⁵⁰ Modelos preventivos (2006). STCONADIC. Ibid.
⁵¹ Cfr. <http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/publicaciones/modprev.pdf>

#	Nombre del programa preventivo	Institución de referencia
6	Yo quiero, yo puedo	Instituto Mexicano de Investigación de Familia y Población (IMIFAP A.C.)
7	Modelo comunitario de integración social	Fundación "Ama la Vida" IAP
8	Modelo educación para la vida y el trabajo. Aguas con las adicciones	Instituto Nacional para la Educación de los Adultos (INEA)
9	De riesgos psicosociales CHIMALLI	Instituto de Educación Preventiva y Atención de Riesgos AC INEPAR
10	Intervención social profesionalizada	Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF)
11	Meta modelo ECO ²	Centro Cáritas de Formación para la Atención sobre Farmacodependencias y Situaciones Críticas Asociadas A.C.

Fuente: Serie técnica Modelos preventivos (CONADIC, 2004)

- B. El capítulo del libro De la prevención y otras historias (Castro, M.E. et al, 2015)⁵² donde se analizan 14 diferentes programas que parten de un marco teórico, metodologías y herramientas sistematizadas, así como dispositivos para evaluar su alcance:

Tabla 15. Programas preventivos en 2015

#	Nombre del programa preventivo	Institución de referencia	Niveles	Contexto	Financiamiento (Año inicio)
1	Modelo Para vivir sin adicciones	Centros de Integración Juvenil, A.C.	Univer sal Select ivo Indica do	Escolar/S alud/ Comunita rio/ Laboral	Federal (1969)
2	De riesgos psicosociales CHIMALLI	Instituto de Educación Preventiva y Atención de Riesgos AC INEPAR	Select ivo	Escolar / Comunita rio	Federal y privado (1989)
3	Meta modelo ECO ²	Centro Cáritas de Formación para la Atención sobre Farmacodependencias y Situaciones Críticas Asociadas A.C.	Select ivo	Escolar / Comunita rio	Privado (1995)
4	Yo quiero, yo puedo	Instituto Mexicano de Investigación de Familia y Población (IMIFAP A.C.)	Univer sal Select ivo	Escolar / Comunita rio	Federal y privado (1995)
5	Intervención comunitaria para desalentar riesgos sociales asociados al	Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM)	Select ivo	Comunita rio	Federal (1995)

#	Nombre del programa preventivo	Institución de referencia	Niveles	Contexto	Financiamiento (Año inicio)
	uso de drogas				
6	Uso de alcohol, tabaco y otras drogas en el lugar de trabajo	Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM)	Univer sal Select ivo Indica do	Laboral	Federal y privado (1996)
7	Talleres interactivos para la promoción de la salud (TIPPS)	Fundación de Investigaciones Sociales (FISAC)	Univer sal	Escolar Comunita rio/ Laboral	Privado (1999)
8	Intervención comunitaria en trabajadoras sexuales con enfoque de reducción de daño	Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM)	Select ivo	Comunita rio	Federal
9	Prevención de conductas de adictivos a través de la crianza positiva para reducir comportamiento antisocial	Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM)	Univer sal	Familiar	Federal (2008)
10	Construye T	Secretaría de Educación Pública (SEP)	Univer sal Select ivo Indica do	Escolar	Federal (2008)
11	Dejando Huellitas en tu vida	Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM)	Univer sal	Escolar	Federal (2008)

Fuente: Tabla modificada de la original publicada en Castro, et al. (2015). La prevención del consumo de drogas en México. En De la prevención y otras historias. Historias y evolución de la prevención del consumo de alcohol y drogas en América Latina y en Europa, Bogotá: California edit Información detallada de estos programas preventivos se puede consultar en la siguiente liga: <https://www.dropbox.com/sh/vl3x48ep496xb7d/AAC5md3i9P4K6MrNKfQZaYNSa?oref=e>

⁵² Cfr.

https://www.researchgate.net/publication/289529623_La_Prevenccion_del_Consumo_de_Drogas_en_Mexico

4. Personas que participan en intervenciones preventivas

Los datos que a continuación se presentan, se derivan de los sistemas de información de dos instituciones que operan programas preventivos con recursos fiscales y que cuentan con un sistema de información para el registro de sus acciones y del número de personas atendidas:

Centros de Atención Primaria a las Adicciones (CAPA)

Por medio de la participación de las UNEME CAPA se actúa en el seno de la comunidad; en escuelas, con alumnos, padres de familia, poblaciones intermedias como líderes de las comunidades y Organizaciones de la Sociedad Civil, para capacitarlos en modelos preventivos, detectar redes sociales y participar en su operación.

Durante el año 2018, se benefició a un total de 3,745,945 adolescentes de 12 a 17 años en acciones preventivas (pláticas, talleres, campañas, actividades comunitarias). Las principales actividades que se realizaron en estos contextos fueron las siguientes (Tabla 16):

Tabla 16. Actividades preventivas en los CAPA, 2018

Actividad preventiva	Cobertura
Orientación a Concurrentes	97,843
Sesión informativa y de sensibilización	31,655
Pruebas de Tamizaje	Personas: 765,210 Adolescentes con Factores de Riesgo: 111,485
Taller de desarrollo de habilidades para la vida	17,745
Jornada Preventiva	5,977
Formación de promotores preventivos	49,775

Fuente: Sistema de Información de los Consejos Estatales contra las Adicciones, SICECA, 2018

Los grupos de la población con quienes se realizaron talleres de desarrollo de habilidades y sesiones informativas y de sensibilización, fueron los siguientes (Tabla 17):

Tabla 17. Talleres y sesiones informativas en los CAPA, 2018

Rango de edad	Género	Talle de desarrollo de habilidades	Sesión informativa de sensibilización	Total
Adolescentes (12-17)	H	115,086	589,859	704,945
	M	115,113	618,055	733,168
Adultos (18+)	H	25,654	141,415	167,069
	M	73,307	260,040	333,347
Total		329,160	1,609,369	1,938,529

Fuente: Sistema de Información de los Consejos Estatales contra las Adicciones, SICECA, 2018

Centros de Integración Juvenil, A. C. (CIJ)

Los proyectos y servicios del programa preventivo se instrumentan en diferentes contextos (escolar, laboral, de salud y comunitario) y acordes al nivel de riesgo y a las características, recursos y necesidades de la población. Abarcan dispositivos de detección temprana y canalización oportuna de riesgos y del consumo de drogas, actividades de promoción de la salud, eventos comunitarios; sesiones, foros y jornadas informativas presenciales y en línea, círculos de lectura y cursos de orientación para padres y madres de familia, talleres psico y socioeducativos, cursos de capacitación y consejería breve.

Los servicios preventivos se integran en un proceso continuo de atención junto con las alternativas de tratamiento y rehabilitación de las adicciones, que proporciona CIJ a la comunidad mediante consulta externa, centros de día y unidades de hospitalización.

Durante 2018, en prevención universal se atendieron 3,237,575 personas que participaron en 134,207. El principal contexto donde se atendieron personas fue el escolar (58,081 acciones; 1,599,040 personas atendidas), seguido de salud (21,762 acciones y 868,687 personas atendidas), después el comunitario (53,711 acciones; 752,779 personas) y el laboral (653 acciones y 17,069 personas atendidas). En los tres primeros contextos se atienden más mujeres que hombres, mientras que en el laboral son más los hombres que participan. En total, las mujeres atendidas en actividades de tipo universal fueron 1,788,016 mientras que los hombres 1,449,559.

Al considerar la edad de todas las personas atendidas con esta modalidad, el principal rango fue de 25 o más años (51.4%), seguido de 12 a 17 años (20.3%), a su vez de 6 a 9 años (13.0%), 18 a 24 años (7.3%), 10 a 11 años (6.7%) y finalmente de 3 a 5 años (1.3%).

Los proyectos de esta modalidad se dirigen a toda la población sin distinción entre personas consumidoras, no consumidoras o en riesgo de uso/abuso; se desarrolla mediante estrategias generales y perspectivas teórico-metodológicas amplias, poco costosas, aplicadas con menor intensidad y mayor cobertura. Su objetivo es reforzar factores protectores de la población y promover estilos de vida saludable para evitar o retardar el contacto con drogas, retrasar la edad de inicio del consumo e impedir que ocurra, mediante el incremento de percepción de riesgo y el reforzamiento de habilidades para la vida.

En prevención selectiva, se atendió a 4,451,987 personas en 132,909 acciones. El principal contexto donde se atendieron personas fue el escolar (110,159 acciones y 3,826,569 de personas atendidas), seguido del laboral (6,394 acciones y 324,824 persona atendidas), después del comunitario (13,233 acciones y

200,493 personas), y el de salud (3,123 acciones y 100,101 personas).

Para el caso de los contextos escolar, comunitario y de salud fueron más mujeres que hombres atendidos, mientras que en el laboral fueron más hombres. En total, las mujeres atendidas en actividades de tipo selectivo fueron 2, 246,959 mientras que los hombres 2, 205,028. Al considerar la edad de las personas atendidas en esta modalidad, el principal rango fue de 12 a 17 años (70.1%), seguido de 18 a 24 años (12.4%), a su vez de 10 a 11 años (10.6%) y finalmente 25 o más años (6.9).

Los proyectos selectivos se orientan a grupos o sectores poblacionales que debido a sus características sociodemográficas, historia familiar, lugar de residencia, situaciones de marginalidad, exclusión o circunstancias de vida, se encuentran más expuestos a los riesgos asociados al consumo de drogas y pueden ser más vulnerables ante el consumo. Se interviene mediante perspectivas teórico-metodológicas muy focalizadas, en función de las necesidades específicas de las personas participantes. Su objetivo es desarrollar competencias para el afrontamiento de dichos riesgos e incidir en otros mecanismos o recursos socio-ambientales de protección con componentes de participación activa, mediante estrategias son: sensibilización e incremento de percepción de riesgo y desarrollo de competencias para el afrontamiento de riesgos.

En prevención indicada, se realizaron 2,768 acciones, de las cuales se impactó a 29,452 personas. El principal contexto donde se atendieron personas fue el escolar (962 acciones; 20,010 personas atendidas), seguido del comunitario (1,668 acciones y 7,177 personas atendidas), después el Laboral (70 acciones; 1,733 personas) y finalmente el ámbito de salud (68 acciones y 532 personas atendidas).

En los tres primeros se atienden más hombres que mujeres, mientras que en Salud son más las mujeres participantes. En total, los hombres atendidos en actividades de tipo Indicada fueron 15,498 mientras que las mujeres 13,954.

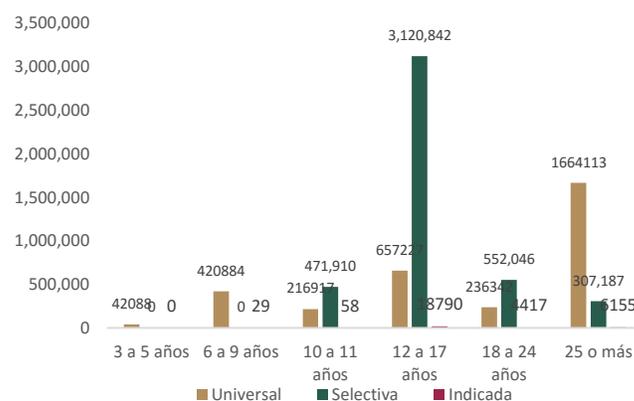
Al considerar la edad de las personas atendidas (29,452), el principal rango fue de 12 a 17 años (63.8%), seguido de 25 años o más (20.9%), a su vez de 18 a 24 años (15.0%), de 10 a 11 años (0.2%) y finalmente de 6 a 9 años (0.1%).

Los proyectos de esta modalidad se enfocan a las personas expuestas a elevadas condiciones de riesgo y a quienes ya han experimentado con drogas, que no cubren criterios de abuso o dependencia. El objetivo es evitar la progresión del consumo y aplazar el uso de otras drogas, limitar el número y tipo de sustancias empleadas, además de reducir los riesgos asociados al uso experimental mediante un proceso de

acompañamiento con las y los participantes, para que sean capaces de mantener una relación responsable con las sustancias psicoactivas. Se instrumenta mediante intervenciones breves y bajo el enfoque de reducción de riesgos.

La distribución de esta cobertura en los programas de prevención de CIJ por grupo de edad, permite identificar la importancia que tiene la población entre 12 y 17 años para las intervenciones selectivas, así como el trabajo con los adultos de 25 años o más con acciones de prevención universal (Figura 29).

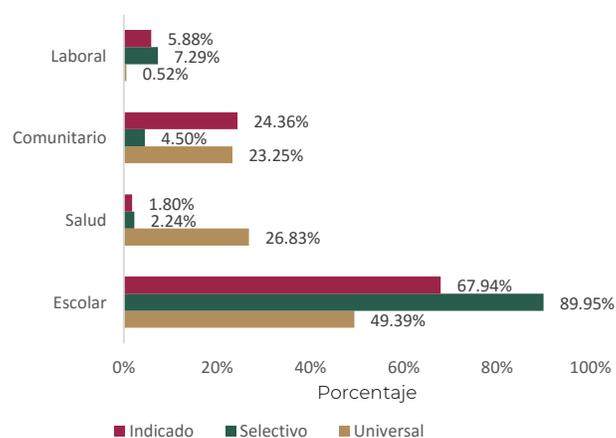
Figura 29 Número de personas atendidas por niveles de prevención de CIJ o por rangos de edad



Fuente: Sistema Integral de Información Estadística, SIIE, 2018

Respecto al contexto en el que CIJ desarrolla las actividades preventivas, destaca el volumen de actividades y personas atendidas en el contexto educativo, particularmente del nivel de secundarias y bachilleratos (Figura 30).

Figura 30. Personas atendidas de acuerdo con el contexto de intervención en programas de prevención de CIJ



Fuente: Sistema Integral de Información Estadística, SIIE, 2018

Adicionalmente, la Dirección General de Prevención del Delito y Servicios de la Comunidad de la Procuraduría General de la República (PGR), informó que, durante 2017, se realizaron las siguientes acciones⁵³:

Tabla 18. Cursos de formación de multiplicadores en materia de prevención del delito y la farmacodependencia, FGR

Total de cursos	Asistentes mujeres	Asistentes hombres	Total de asistentes
342	9,919	11,508	21,508

Fuente: Dirección General de Prevención del Delito y Servicios de la Comunidad de la Fiscalía General de la República (FGR)

Tabla 19. Conferencias y sesiones informativas de prevención del delito y la farmacodependencia en instituciones educativas públicas y privadas de nivel básico, medio y superior, FGR

Total de cursos	Asistentes mujeres	Asistentes hombres	Total de asistentes
2,475	90,160	95,524	185,684

Fuente: Dirección General de Prevención del Delito y Servicios de la Comunidad de la Fiscalía General de la República (FGR)

5. Campañas en los medios de comunicación

En medios alternativos la Dirección General de Prevención del Delito y Servicios de la Comunidad de la Fiscalía General de la República (FGR)⁵⁴, informó que realizó la difusión de 217 mensajes preventivos (actividades culturales, deportivas y recreativas), logrando impactar a 58,339 personas (27,742 mujeres y 30,597 hombres)

En 2017, CIJ realizó una campaña de comunicación social en redes sociales, titulada “Like por tu salud”. Su objetivo fue informar a la población joven acerca de los riesgos y las consecuencias del consumo de drogas, así como ofrecer alternativas de atención oportuna. La campaña se difundió en las cuentas institucionales de Facebook, Twitter e Instagram, así como en el Canal de YouTube. El costo del diseño y la producción de los materiales ascendieron a \$194,130.00 pesos (USD \$9,706.5).

6. Evaluación y seguimiento a los servicios de prevención

Los programas preventivos que se reportan están sustentados en evidencia científica y se apegan a los lineamientos teóricos, principios metodológicos, estándares de calidad y buenas prácticas para desarrollar estrategias costo-efectivas que han aportado diversos organismos gubernamentales y no gubernamentales, locales e internacionales especializados en adicciones (NIDA, 2004; OEDT, 2011;

UNODC, 2013; CICAD-OEA 2005, 2008, 2013; COPOLAD, 2014; SSA, 2009, 2012).

Se sustentan en referentes teórico-metodológicas de la salud pública, del enfoque riesgo-protección y el modelo ecológico sobre el consumo de drogas. Los ejes transversales son la perspectiva de género, los derechos humanos y la movilización comunitaria. El componente comunitario garantiza la participación estratégica de diferentes sectores y actores sociales que se constituyen como promotores de salud o voluntarios en sus entornos. Es un modelo integral ya que interviene con las personas -en cada etapa de su vida-, las familias y las comunidades, considerando la interacción de los sujetos con su entorno.

La evaluación del programa preventivo de CIJ “Para vivir sin adicciones” se desarrolla de manera permanente desde 1984 y está a cargo de un área de investigación, con diferentes líneas de análisis aplicables a los distintos componentes y de manera simultánea a la planeación, diseño y operación de los programas y proyectos:

1) *Evaluación diagnóstica*. Proporciona una línea base sobre el problema, para elaborar o seleccionar estrategias más oportunas a las características, necesidades y recursos del contexto y de la población, mediante la identificación de tendencias de consumo de drogas, factores psicosociales de riesgo, representaciones sociales sobre el uso y abuso de drogas, etc.

2) *De proceso*. Es útil para valorar la viabilidad de los programas; actividades que se realizan, su frecuencia y duración; participantes, recursos que se emplean, capacitación del equipo profesional, en comparación con la planeación inicial, para ubicar desviaciones y corregirlas, incorporarlas o para ratificar y continuar su desarrollo.

3) *De resultados*. Medición de eficacia de las intervenciones y alcance de sus objetivos; efectos esperados e inesperados, congruencia entre resultados planeados y obtenidos. Además, se analiza la proyección sobre la permanencia de los logros.

Además, CIJ cuenta con un Sistema de Información Integral Estadística (SIIE), en el cual se registran y sistematizan de manera diaria las acciones y cobertura por cada contexto, estrategia, población, rango de edad, nivel de riesgo, zona de riesgo, entre otras variables sociodemográficas que permiten realizar un seguimiento de las intervenciones.

La evaluación es una herramienta de análisis crítico y sistemático que se orienta a la revisión de los modelos

⁵³ Información obtenida en oficio SDHPDSC/DGPDSC/0127/2018 de la Dirección General de Prevención del Delito y Servicios a la Comunidad el 22 de marzo de 2018

⁵⁴ Información obtenida en oficio SDHPDSC/DGPDSC/0127/2018 de la Dirección General de Prevención del Delito y Servicios a la Comunidad el 22 de marzo de 2018

y programas institucionales con el fin de mejorarlos, diseminarlos y planear su proyección.

Como parte de los documentos normativos que pueden ser utilizados como un referente para la evaluación, se cuenta con los Lineamientos Nacionales para la Prevención del Consumo de Tabaco, Alcohol y Otras Drogas, desarrollados por la Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC), desarrollo estos lineamientos con el objetivo de definir con base en evidencia científica, los criterios básicos que deberán cumplirse para el diseño, desarrollo, evaluación y seguimiento de programas efectivos para la prevención del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas en los diversos contextos de intervención, acorde con las diferentes etapas del desarrollo de la persona y con los niveles de riesgo a los que está expuesta la población, incorporando la perspectiva de género, un enfoque intercultural y de derechos humanos. Estos lineamientos presentan los criterios básicos de calidad y contenidos que se deben cumplir en el diseño e instrumentación efectiva en la población objetivo, de acuerdo a lo que establece la Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009 para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones. Este documento se puede consultar en:

<https://www.gob.mx/salud%7Cconadic/acciones-y-programas/lineamientos-nacionales-para-orientar-la-organizacion-y-operacion-de-servicios-para-la-prevencion-y-atencion-de-las-adicciones>

7. Conclusiones

Al igual que en el resto del mundo, el consumo de drogas en México es un problema que requiere del diseño de políticas públicas efectivas, que impulsen el desarrollo y la evaluación de intervenciones preventivas que, basadas en evidencias científicas, sean acordes con la magnitud del problema y den respuesta a las necesidades de los diferentes segmentos de la población.

En el campo de la prevención del consumo de sustancias psicoactivas, la evidencia disponible ha demostrado que el impacto de las intervenciones es modesto, en virtud del carácter multifactorial del problema. Sin embargo, ninguna intervención preventiva puede ser efectiva si se instrumenta de manera aislada, por lo que es imprescindible la participación de todos los sectores involucrados en este importante problema de salud.

A pesar de los avances que se han mostrado, siguen siendo muchos los retos por atender en materia de prevención del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas en nuestro país:

- Es importante que en todos los niveles de gobierno se establezca el compromiso de impulsar, mantener y dar continuidad a las políticas para la prevención del consumo.
- Es necesaria la participación permanente tanto de los sectores vinculados con la reducción de la demanda, como con el control de la oferta de drogas.
- Es importante la asignación de más recursos al rubro de la prevención y la atención integral del consumo de sustancias psicoactivas.
- Es necesario fundamentar el diseño de intervenciones preventivas con base en la evidencia científica, a fin de instrumentar acciones que realmente sean efectivas en para los distintos niveles de riesgos a que se encuentran expuestos los diferentes grupos de la población.
- Se requiere impulsar el diseño de investigaciones sobre el efecto de intervenciones preventivas, que permitan determinar su eficacia y profundizar en el conocimiento de las necesidades de grupos específicos de la población.
- Es necesario revisar y modificar los indicadores actuales que se encuentran más enfocados a medir procesos, por otro tipo de indicadores de que den cuenta de los resultados e impacto que tienen las intervenciones preventivas en diferentes áreas del bienestar de la población.
- Es imprescindible impulsar acciones para la capacitación continua y permanente de los profesionales de la salud y asistencia social, promotores y otros profesionales para que puedan llevar a cabo intervenciones de prevención eficaces y exitosas.
- Es importante enfatizar el desarrollo de acciones dirigidas a los sectores más jóvenes de la población: niñas, niños y adolescentes.
- Es imprescindible desarrollar más programas de intervención con perspectiva de género, enfoque intercultural y de respeto a los derechos humanos, así como diseminar las experiencias exitosas para beneficiar a los sectores más vulnerables de la población en todo el territorio nacional.
- Actualmente no existe un sistema de información que logre captar las diferentes acciones preventivas que desarrollan organizaciones de la sociedad civil e instituciones privadas, por lo que sería necesario implementar una estrategia nacional que identifique y establezca un contacto operativo con estas organizaciones.
- Es fundamental ampliar la cobertura de los servicios preventivos, principalmente en las zonas de mayor riesgo y con mayores prevalencias, acorde con los estudios epidemiológicos más recientes.
- Es imprescindible desarrollar métodos de evaluación de los programas de prevención existentes, a fin de dar continuidad a aquellos que han demostrado una mayor efectividad, e identificar debilidades y nuevas ventanas de

oportunidad para mejorar la calidad de estos servicios.

8. Fuentes y metodología

Respecto a la metodología utilizada para esta sección del informe, desde la Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC) se hizo una solicitud oficial a la Dirección General de Prevención del Delito y Servicios de la Comunidad de la Fiscalía General de la República (FGR) y a Centros de Integración Juvenil, A.C.; y se consultaron las siguientes fuentes de información:

- Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2019 - 2024
- Programa Sectorial de Salud (PROSESA) 2013 – 2018
- Programa de Acción Específico: Prevención y Atención Integral de las Adicciones 2013 – 2018.
- Programa Nacional de Prevención del Uso, Abuso y Dependencia a Sustancias Psicoactivas (documento no publicado)
- Sistema de Información de los Consejos Estatales contra las Adicciones, SICECA, 2017
- Lineamientos Nacionales para la Prevención del Consumo de Tabaco, Alcohol y Otras Drogas
- El programa presupuestal E025 *Prevención y atención contra las adicciones*. En la Matriz de Indicadores de Resultados (MIR) en la página web de del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL):
<https://www.coneval.org.mx/coordinacion/Paginas/monitoreo/mir/mir.aspx>
- Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009 para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones
- Consejo Nacional Contra las Adicciones (2004). Serie técnica Modelos Preventivos, México: CONADIC
- Castro, et al. (2015). *La prevención del consumo de drogas en México*. En De la prevención y otras historias. Historias y evolución de la prevención del consumo de alcohol y drogas en América Latina y en Europa, Bogotá: California edit

III. Tratamiento del consumo de drogas

1. Coordinación de la Red Nacional de Atención y Tratamiento del Consumo de Sustancias Psicoactivas en México

Los trastornos causados por el consumo de drogas son multifactoriales y de complejo manejo, sobre todo si ya existen criterios de dependencia y comorbilidad añadida. Quienes los padecen requieren servicios de tratamiento acordes a las características de su condición individual, la cual puede ser muy amplia puesto que depende de factores como el tipo de sustancias y el patrón de consumo, las condiciones físicas, psicológicas y sociales pre-existentes, el aspecto genético, la presencia o no de comorbilidad mental o de otra índole, además de otras situaciones de salud que afecten el bienestar de los pacientes.

Desde hace más de cuatro décadas en México se desarrollan acciones para la atención de los problemas de salud relacionados con el uso, abuso y dependencia a drogas y, considerando la evolución del problema, se han creado instancias cada vez más especializadas para la atención integral de quienes requieren de tratamiento. En estas acciones se ha visto reflejada tanto la participación gubernamental (desde los tres órdenes de gobierno), como la de numerosas instituciones y organismos de la sociedad civil.

El Gobierno de México cuenta con distintas instituciones y organizaciones dedicadas al tratamiento de personas con problemas por el consumo de sustancias psicoactivas, cada una con distintos modelos de abordaje articuladas en la Red Nacional de Atención y Tratamiento, lo que permite atender el problema desde varias ópticas con la finalidad última de mejorar el bienestar de la población.

En concordancia también con la Norma Oficial Mexicana 028 SSA2-2009 para la prevención, tratamiento y control de las adicciones (NOM 028), en México existen dos modalidades principales de tratamiento: *ambulatorio y residencial*.

El ambulatorio estaría representado por los 341 Centros de Atención Primaria en Adicciones (CAPA), por las 104 unidades de consulta externa de los Centros de Integración Juvenil, y por los servicios que

otorga un número no determinado de clínicas particulares. En cuanto a la atención residencial, se integra por 11 unidades de hospitalización de Centros de Integración Juvenil, 45 unidades residenciales públicas y por 2,108 establecimientos residenciales privados de atención a las adicciones, muchos de los cuales surgieron hace décadas como una respuesta de la sociedad para cubrir la escasez de este tipo de unidades en los servicios de salud gubernamentales. De estas últimas, 1,045 centros están registrados⁵⁵ y 348 reconocidos⁵⁶, es decir, que sus servicios dan cumplimiento a lo dispuesto en la normatividad para ofrecer a la población atención de alta calidad.

2. Servicios Ambulatorios de Atención al Consumo de Sustancias Psicoactivas

En México existe una red de atención de 447 unidades ambulatorias públicas para el tratamiento del consumo de sustancias psicoactivas que dependen de la Secretaría de Salud, en las cuales un grupo multidisciplinar de medicina, psicología y trabajo social atienden a personas con problemas de consumo de drogas legales e ilegales, así como a sus familiares (Tabla 20).

Tabla 20. Red de unidades ambulatorias para el tratamiento de las adicciones

Modalidad de unidades	Institución responsable	Núm. de unidades
Centros de Atención Primaria en Adicciones (CAPA) ⁵⁷	Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC) – Jurisdicciones Sanitarias Estatales	341
Unidades de consulta externa de CIJ ⁵⁸	Centros de Integración Juvenil, A.C.	106
Total		447

Fuente: Elaboración propia

Centros de Atención Primaria a las Adicciones (CAPA)

Surgieron a partir del Modelo Integrador de Atención a la Salud (MIDAS) y del Plan Maestro de Infraestructura Física en Salud (PMIFS), al considerar dentro del Sistema Nacional de Salud, la necesidad de una nueva clasificación de unidades vinculadas a esquemas innovadores de inversión, tendientes a alcanzar una cobertura integral de servicios, particularmente en el rubro de alta especialidad. Algunas de sus características son:

⁵⁵ Los establecimientos registrados son aquellos que cuentan con un expediente el cual se integra por un aviso de funcionamiento, RFC, manual de procedimientos, cédula de supervisión con un cumplimiento del 60%

⁵⁶ La Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC) ha implementado con la colaboración de las Comisiones Estatales contra las Adicciones (CECA) el proceso de reconocimiento de establecimientos residenciales de atención a las adicciones, cuyo objetivo es evaluar que los centros que brindan servicios de tratamiento den cabal cumplimiento a lo dispuesto en la NOM-028-SSA2-2009 para

la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones (CONADIC, febrero 2018). Este directorio puede consultarse en <https://www.gob.mx/salud/conadic/documentos/conadic-cuenta-con-un-directorio-nacional-de-establecimientos-residenciales-de-atencion-a-las-adicciones-reconocidos>

⁵⁷ Este directorio puede consultarse en <https://datos.gob.mx/busca/dataset/centros-de-atencion-primaria-en-adicciones-en-los-estados>

⁵⁸ Este directorio puede consultarse en <http://www.cij.gob.mx/Redatencion/redatencion.html>

- a) Enfocadas a la atención ambulatoria; ofrecen servicios de especialidad en ambientes no hospitalarios.
- b) Utilizan procedimientos poco invasivos que reducen los riesgos y los tiempos de recuperación del usuario y facilitan su reincorporación familiar, laboral y social.
- c) Se aprovecha la infraestructura para la atención de un mayor número de pacientes y se reducen los tiempos de espera y los costos de operación.

Su propósito es brindar servicios de prevención y atención primaria del consumo de sustancias psicoactivas, a través de acciones de orientación y educativas en las escuelas, los grupos organizados y la comunidad en general, así como la atención y tratamiento de personas en riesgo y consumidores iniciales, la derivación hacia otras instancias más especializadas de quienes presentan dependencia a las drogas.

Efectúan acciones de detección temprana de factores de riesgo de consumo, consumo experimental, con la finalidad de evitar la transición hacia mayores grados de severidad, y sirven como plataforma de acceso al sistema de salud para un grupo importante de la población, sobre todo de aquellos con vulnerabilidad social. Los tratamientos que se otorgan consisten esencialmente en intervenciones breves adaptadas por la Facultad de Psicología de la UNAM, dirigidas a bebedores problema, a consumidores de marihuana, cocaína y para fumadores, a la vez que se ofrece apoyo en prevención de recaídas e intervenciones con familiares de las personas en tratamiento.

Unidades de consulta externa de Centros de Integración Juvenil (CIJ)

Centros de Integración Juvenil es una asociación civil creada en 1969 y sus actividades se encaminan a la prevención, el tratamiento, la investigación y capacitación sobre el consumo de drogas en México. Actualmente cuenta con una red de 120 centros de prevención y tratamiento en México. CIJ también cuenta con área de investigación que genera, de forma periódica, estudios epidemiológicos del consumo de drogas entre los pacientes de primer ingreso a tratamiento en su red de atención.

Centros de atención de ayuda mutua

Conformados por una red de más de 14,500 grupos de ayuda mutua creados por personas en recuperación, quienes transmiten su experiencia de vida apegados al programa de los 12 pasos de Alcohólicos Anónimos (AA), las 12 tradiciones y los tres legados (unidad, servicio y recuperación) a los cuales añaden temas como la revisión de los defectos de carácter y análisis de literatura propia de AA y de superación personal. Se lleva a cabo a través de sesiones diarias de terapia

grupal de hora y media. En el proceso es fundamental el apoyo de la figura de un *Padrino*, que hace las veces de consejero y acompañante durante la recuperación. El fin último es lograr la abstinencia y la estabilidad psicosocial de las personas en rehabilitación.

Unidades de atención en urgencias relacionadas con el Consumo de Sustancias Psicoactivas

Se brinda en salas especializadas que cuentan con personal médico y se circunscribe al manejo de cuadros de intoxicación aguda, sintomatología de síndromes de abstinencia o retirada, hasta lograr la estabilidad del estado general de salud de los pacientes. Posteriormente son derivados a unidades de primer nivel para una valoración más acuciosa y su posterior referencia a unidades para el tratamiento de problemas por consumo de drogas. Se ofrecen principalmente en hospitales públicos, privados, y en algunas unidades de internamiento como la primera fase del proceso de rehabilitación (desintoxicación).

Otros servicios ambulatorios

En menor medida, se cuenta con otro tipo de servicios para la cesación del tabaquismo, clínicas privadas para el tratamiento con metadona a usuarios de heroína, y centros de desintoxicación (manejo de cuadros agudos, síndrome de abstinencia y complicaciones).

Figura 31. Unidades de atención para personas con el tratamiento del consumo de sustancias psicoactivas



Fuente: Comisión Nacional contra las Adicciones, 2019

3. Número de personas admitidas a tratamiento en los servicios de atención ambulatoria

Centros de Atención Primaria en Adicciones

Durante 2018, se brindaron 145,090 sesiones de tratamiento, se atendieron a 34,152 usuarios de drogas, de ellas 25,700 son hombres y 8,453 son mujeres.

En estas unidades se reciben principalmente a adolescentes de 12 a 17 años; en 2018 se atendieron 111,485 adolescentes en riesgo (algunos son consumidores de drogas y otros se encuentran en riesgo de iniciar su consumo), cifra que da cuenta de la cobertura en materia de demanda de atención con esta población.

Dada la naturaleza de sus acciones en la comunidad, los CAPA atienden mediante sesiones de intervención breve a población no consumidora de drogas que se encuentra expuesta a factores de riesgo y a familiares de usuarios de alcohol y drogas que cotidianamente experimentan las consecuencias del consumo de su familiar (Tabla 21).

Tabla 21. Número de personas atendidas en el 2018 en los CAPA

Modalidad de atención	Personas atendidas
Tratamiento para usuarios de drogas	34,152
Tratamiento a familiares de usuarios de drogas	4,795
Tratamiento para no consumidores de drogas	16,366
Adolescentes en riesgo	111,485
Padres de adolescentes en riesgo	1,371

Fuente: Comisión Nacional contra las Adicciones

Centros de Integración Juvenil

Durante 2018 se atendió a 93,151 pacientes y familiares en servicios médicos, psicoterapéuticos, de rehabilitación y reinserción social. Además, se atendieron a 65,665 personas en preconsulta con espirometrías, pruebas de monóxido de carbono, consejos breves y reuniones informativas.

Instituto Nacional de Psiquiatría

Durante 2017 con la Clínica de Trastornos Adictivos se atendieron 604 personas, 409 hombres (67.71%) y 195 mujeres (32.28%).

Durante 2018 en el Centro de Ayuda al Alcohólico y su Familiares se atendieron 171 personas de las cuales 36 son mujeres y 135 hombres. Las principales sustancias psicoactivas de consumo son: alcohol, marihuana, crack y cocaína.

4. Servicios Residenciales de Atención al Consumo de Sustancias Psicoactivas

En cuanto a la atención residencial, en el país existen 44 unidades residenciales públicas y 11 unidades de CIJ, así como un censo de 2,108 unidades residenciales privadas, de las cuales, como ya se mencionó anteriormente, 1,045 centros están registrados y 348 reconocido, estos últimos son los que aparecen en la figura 31. Por el tipo de servicios que ofrecen pueden clasificarse de la siguiente forma:

Establecimientos profesionales.

Son clínicas u hospitales creados formalmente y que cumplen con todos los requisitos estipulados en las leyes, que incluyen desde una licencia de uso de suelo, pasando por las autorizaciones respectivas para contar con espacios como consultorios, unidad de desintoxicación, hasta las autorizaciones para prescribir medicamentos controlados, manuales de organización y de procedimientos, programa de trabajo, instalaciones y equipo apropiado para el desarrollo de sus funciones, un staff de profesionales de la salud debidamente acreditados. Brindan tratamiento médico y psicosocial acorde a principios científicos, sociales y éticos, entre otros. Los periodos de estancia varían desde 28 días hasta varios meses, dependiendo del tipo de establecimiento.

Establecimientos de ayuda mutua.

Servicios de internamiento otorgados en centros manejados por consumidores en recuperación (quienes no necesariamente tienen una formación académica en materia de adicciones), utilizan distintos programas de ayuda mutua; uno de los más socorridos es el de los 12 pasos de AA, por lo regular no cuentan con personal profesional propio, aunque la mayoría de ellos recibe apoyo de médicos externos cada vez que ingresa un nuevo paciente o cuando es necesaria su presencia, además de establecer acuerdos con instancias de salud para recibir asistencia médica o psicológica de manera continua.

Establecimientos mixtos:

Reúnen la participación de profesionales de la salud y de ex consumidores de drogas en recuperación con largos periodos de abstinencia; usualmente varios años.

Servicios residenciales de organizaciones gubernamentales

Se tiene registro de 44 unidades residenciales públicas que dependen de diferentes instituciones y que funcionan con distintas modalidades de tratamiento: 19 unidades atienden exclusivamente a varones, dos unidades se enfocan exclusivamente a mujeres y 23 atienden a personas de ambos sexos.

Respecto a la edad de la población atendida, cinco de estas unidades se enfocan únicamente a niños y/o adolescentes, 22 de ellas sólo a población mayor de 18 años, en tanto que las 17 restantes atienden tanto adolescentes como adultos y adultos mayores. El modelo de tratamiento en 30 de las unidades es profesional y en las otras 14 unidades se ofrece un modelo mixto. Las principales estrategias terapéuticas que aplican en estas unidades son modelo Minnesota, comunidad terapéutica y terapia psicológica.

Por otra parte, Centros de Integración Juvenil opera 11 unidades de hospitalización, de las cuales sólo una unidad se enfoca exclusivamente al tratamiento de menores de 18 años, las restantes atienden a la población entre los 12 y 59 años. En total cuentan con 233 camas para atender a pacientes con problemas crónicos de consumo de drogas. El tiempo de internamiento puede durar 30 o 90 días (tabla 23).

Durante 2018 en estas 11 unidades de hospitalización de Centros de Integración Juvenil, 1,820 pacientes recibieron tratamiento por consumo crónico y consecuencias físicas, emocionales y sociales graves relacionadas con su consumo de drogas. De estas, 87% son hombres y 13% son mujeres. Además de que en estas unidades se dio atención a 3,669 familiares de los pacientes.

Tabla 22. Unidades residenciales públicas de Atención al Consumo de Sustancias Psicoactivas

#	Nombre de la unidad	Municipio / Entidad Federativa	Edad de población atendida	Modelo de tratamiento	Principal estrategia terapéutica
1	Centro de Atención Integral a Jóvenes en Riesgo "Misión San Carlos"	Baja California	Adolescentes/ Adultos	Profesional	Modelo Minnesota
2	IMCAD / COTRRSA	Baja California	Adultos	Mixto	Modelo Minnesota
3	Sistema de Atención a Niños, Niñas y Adolescentes Farmacodependientes del Estado del Campeche "VIDA NUEVA"	Campeche	Niños/ Adolescentes	Profesional	Comunidad terapéutica
4	Centro Especializado para la Prevención y Tratamiento de las Adicciones	Chiapas	Adolescentes/ Adultos/ Adultos Mayores	Mixto	Modelo Minnesota
5	Centro Especializado para la Prevención y Tratamiento de las Adicciones Tonalá	Chiapas	Adolescentes/ Adultos/ Adultos Mayores	Mixto	Modelo Minnesota
6	Centro Especializado para la Prevención y Tratamiento en Adicciones	Chiapas/ Berriozábal	Adolescentes/ Adultos/ Adultos Mayores	Mixto	Modelo Minnesota
7	Centro Especializado para la Prevención y Tratamiento en Adicciones	Chiapas/ Comitán	Adolescentes/ Adultos/ Adultos Mayores	Mixto	Modelo Minnesota

#	Nombre de la unidad	Municipio / Entidad Federativa	Edad de población atendida	Modelo de tratamiento	Principal estrategia terapéutica
8	Centro Especializado para la Prevención y Tratamiento en Adicciones	Chiapas/ Pichucalco	Adolescentes/ Adultos/ Adultos Mayores	Mixto	Modelo Minnesota
9	Centro Especializado para la Prevención y Tratamiento en Adicciones,	Chihuahua	Adolescentes/ Adultos	Profesional	Comunidad Terapéutica
10	Clínica Hospital de Especialidades Toxicológicas Venustiano Carranza	Ciudad de México	Adolescentes/ Adultos	Profesional	Terapia Psicológica
11	Unidad de Hospitalización Iztapalapa Centros de Integración Juvenil A.C.	Ciudad de México	Adultos	Profesional	Comunidad Terapéutica
12	Centro de Reinserción Social de Colima	Colima	Adultos	Profesional	Comunidad Terapéutica
13	Centro de Reinserción Social de Manzanillo	Colima	Adultos	Profesional	Comunidad Terapéutica
14	Clínica de Atención de Residencial en Adicciones C.A.R.A Femenil	Colima	Adultos	Profesional	Comunidad Terapéutica
15	Centros de Clínica de Atención Residencial en Adicciones C.A.R.A. Varonil	Colima	Adultos	Profesional	Comunidad Terapéutica
16	Instituto para el Tratamiento de Menores Infractores	Colima	Adolescentes	Profesional	Comunidad Terapéutica
17	Centro de Atención para personas con problemas de Alcoholismo y Adicciones. "Misión Korian"	Durango	Adultos	Profesional	Modelo Minnesota
18	Centro de Rehabilitación Infantil Analco	Durango	Niños/ Adolescentes	Profesional	Otra
19	Centro Especializado de Prevención y Rehabilitación a las Adicciones (CEPRA)	México	Adolescentes/ Adultos	Profesional	Comunidad Terapéutica
20	Unidad de Hospitalización Ecatepec Centros de Integración Juvenil, A.C.	México	Adolescentes/ Adultos/ Adultos Mayores	Profesional	Terapia Psicológica
21	Unidad de Hospitalización Naucalpan Centros de Integración Juvenil, A.C.	México	Adolescentes/ Adultos	Profesional	Terapia Psicológica
22	Centro de Atención Integral Jóvenes (CAIJ)	Guanajuato	Adolescentes/ Adultos	Profesional	Terapia Psicológica
23	Unidad de Hospitalización Punta Diamante Centros de Integración Juvenil, A.C.	Guerrero	Adolescentes/ Adultos/ Adultos Mayores	Profesional	Comunidad Terapéutica
24	Centro de Atención Integral de las Adicciones Tulancingo	Hidalgo	Adolescentes/ Adultos/ Adultos Mayores	Mixto	Modelo Minnesota
25	Centro Estatal de Atención Integral de las Adicciones	Hidalgo	Adolescentes/ Adultos	Mixto	Modelo Minnesota
26	Reclusorio Preventivo de Guadalajara	Jalisco	Adultos	Mixto	Comunidad Terapéutica

#	Nombre de la unidad	Municipio / Entidad Federativa	Edad de población atendida	Modelo de tratamiento	Principal estrategia terapéutica
27	Unidad de Hospitalización Zapopan Centros de Integración Juvenil, A.C.	Jalisco	Adolescentes/ Adultos	Profesional	Comunidad Terapéutica
28	Unidad de Hospitalización Zapotlán El Grande Centros de Integración Juvenil, A.C.	Jalisco	Adolescentes	Profesional	Comunidad terapéutica
29	Centro Terapéutico del Estado de Nayarit	Nayarit	Adolescentes/ Adultos	Mixto	Minnesota
30	Instituto Marakame	Nayarit	Adolescentes/ Adultos	Mixto	Minnesota
31	Unidad de Hospitalización Nuevo León Centro de Tratamiento Residencial de la Farmacodependencia (Centros de Integración Juvenil A.C)	Nuevo León	Adolescentes/ Adultos/Adultos Mayores	Profesional	Comunidad Terapéutica
32	Clinica "Tu puedes vivir sin Adicciones"	Nuevo León	Adultos	Mixto	Minnesota
33	Instituto Temazcalli, Prevención y Rehabilitación	San Luis Potosí	Adolescentes/ Adultos	Profesional	Comunidad terapéutica
34	Unidad de Hospitalización Culiacán Centros de Integración Juvenil A.C.	Sinaloa	Adolescentes/ Adultos/Adultos Mayores	Profesional	Comunidad Terapéutica
35	Clinica de Tratamiento Tú Puedes Vivir sin Adicciones	Sinaloa	Adultos	Profesional	Modelo Minnesota
36	Clinica de Tratamiento Tú Puedes Vivir sin Adicciones	Sinaloa	Adultos	Mixto	Modelo Minnesota
37	Tú puedes "Vivir Sin Adicciones"	Sinaloa	Adultos	Profesional	Modelo Minnesota
38	Yo Soy "sin adicciones"	Sinaloa	Adolescentes	Profesional	Profesional, Minnesota
39	Unidad de Atención Integral a las Adicciones del Estado de Sonora	Sonora	Adultos	Profesional	Terapia Psicológica
40	Unidad de Desintoxicación (UNDEX NOGALES)	Sonora	Adultos	Profesional	Minnesota, Médico, Psicológico Cognitivo Conductual, Enfoque sistémico (estructural)
41	Unidad de Desintoxicación Agua Prieta	Sonora	Adultos	Profesional	Médico, Psiquiátrico y psicológico (Cognitivo Conductual)
42	Centro de Internamiento y Rehabilitación RENACER	Tamaulipas	Adultos/Adultos Mayores	Mixto	Modelo Minnesota
43	Centro Estatal Contra las Adicciones "Cúspide"	Veracruz de Ignacio de la Llave	Adultos	Profesional	Minnesota
44	Centro de Atención de Adicciones de Zacatecas (C.A.A.Z) en Jerez	Zacatecas	Adultos	Profesional	Comunidad terapéutica

Fuente: Directorio nacional de establecimientos residenciales de atención a las adicciones reconocidos por la Comisión Nacional Contra las Adicciones (CONADIC). Cfr. <https://www.gob.mx/salud%7Cconadic/documentos/conadic->

[cuenta-con-un-directorio-nacional-de-establecimientos-residenciales-de-atencion-a-las-adicciones-reconocidos](#)

Tabla 23. Unidades de hospitalización de Centros de Integración Juvenil

#	Nombre de la unidad	Entidad Federativa	Tipo de población	Edad de población atendida	Modelo de tratamiento
1	Unidad de Hospitalización Tijuana	Baja California	Ambos (hombres y mujeres)	12 a 59 años	Profesional
2	Unidad de Hospitalización Ixbalanqué	Chiapas			
3	Unidad de Hospitalización Ciudad Juárez	Chihuahua			
4	Unidad de Hospitalización Iztapalapa	Ciudad de México			Profesional
5	Unidad de Hospitalización Ecatepec	Estado de México			
6	Unidad de Hospitalización Naucalpan				
7	Unidad de Hospitalización Punta Diamante	Guerrero			
8	Unidad de Hospitalización Zapotlán El Grande	Jalisco	Hombres	Menores de 18 años	Profesional
9	Unidad de Hospitalización Zapopan		Ambos (hombres y mujeres)	12 a 59 años	
10	Unidad de Hospitalización Nuevo León	Nuevo León			
11	Unidad de Hospitalización Culiacán	Sinaloa			

Fuente: Directorio de Centros de Integración Juvenil. Cfr. <http://www.cij.gob.mx/redatencion/Redatencion1.html> Directorio de establecimientos especializados en el tratamiento de las adicciones en modalidad residencial reconocidos por la Comisión Nacional Contra las Adicciones (CONADIC). Cfr. http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/Directorio_reconocidos_17_04_2017.pdf

Servicios residenciales de organizaciones no gubernamentales

En México existen establecimientos de atención a las adicciones residenciales que ofrecen sus servicios con estancia de 30 a 180 días en promedio. Dichos centros en su mayoría son privados y dirigidos por organizaciones de la sociedad civil. A la fecha se han identificado, en colaboración con las Comisiones Estatales contra las Adicciones, 2,108 centros censados, de los cuales 1,045 están registrados y 348 reconocidos

La Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC) brinda un reconocimiento a los establecimientos residenciales que cumplen con al menos el 80% de estándares de calidad, especificados en la NORMA Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-1999, Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones.

La capacidad instalada en 2018 de los 2,107 establecimientos censados son 68,059 camas, en promedio 32.3 camas por centro, y el porcentaje de ocupación de dichos centros en promedio es de 3 usuarios por cama al año, por lo que se está atendiendo 204,177 usuarios al año, sin embargo, esta

cifra es aproximada, y no se cuenta con la información por sexo.

De los 348 establecimientos reconocidos, tienen programas con una duración de 30 días hasta los 6 meses (Tabla 24). La Mayoría de los establecimientos en el país, las principales estrategias terapéuticas que utilizan son:

- Programa de 12 pasos en establecimientos de Ayuda Mutua
- Modelo Minnesota, seguido de Comunidad terapéutica en establecimientos Mixtos.
- Comunidad terapéutica, seguida del Modelo Minnesota en establecimientos Profesionales

Tabla 24. Duración del internamiento en las unidades residenciales privadas registradas por la Secretaría de Salud

	30 días	90 días	6 meses o mas	Total
Modalidad de tratamiento / Establecimientos registrados	31 establecimientos (9%)	229 establecimientos (66%)	88 establecimientos (25%)	348 establecimientos (100%)

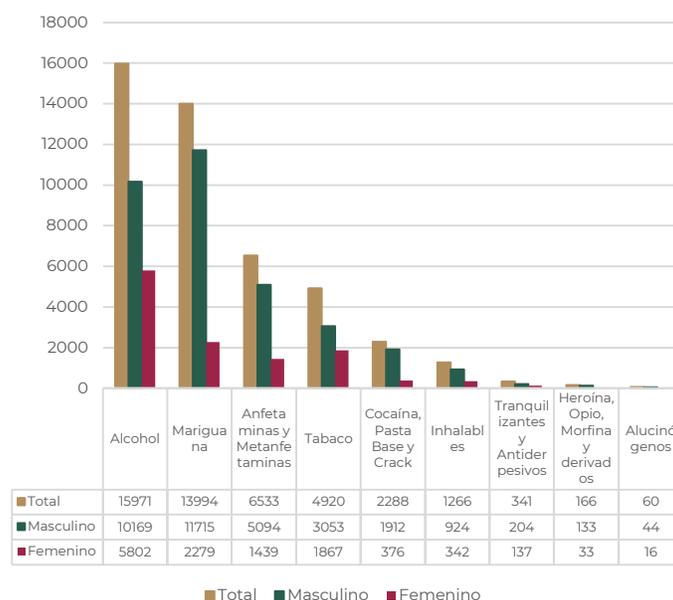
Fuente: Comisión Nacional contra las Adicciones

5. Información epidemiológica y características de las personas que acuden a la red nacional de atención por problemas de consumo de drogas

Centros de Atención Primaria en Adicciones (CAPA)

De acuerdo con datos de 2018 del Sistema de Información de los Consejos Estatales contra las Adicciones (SICECA), en los UNEME CAPA a nivel nacional, se admitieron en tratamiento, principalmente a personas por consumo de alcohol (15,971), mariguana (13,994), anfetaminas y metanfetaminas (6,533), tabaco (4,920), cocaína (2,288) e inhalables (1,266). En menor medida se atendieron a personas por consumo de fármacos (341), heroína, opiáceos y opioides (166), alucinógenos (60) (figura 32).

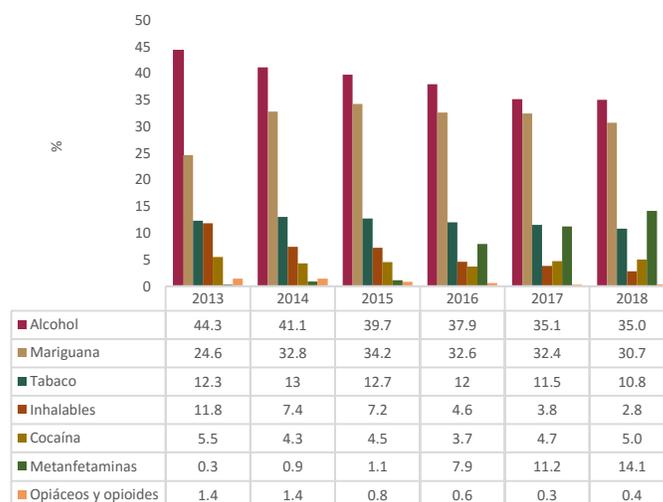
Figura 32. Principales drogas de consumo en solicitantes a tratamiento en UNEME CAPA, 2018



Fuente: Sistema de Información de los Consejos Estatales contra las Adicciones (SICECA), 2018

En términos de la demanda de tratamiento por consumo de drogas, de acuerdo a lo reportado del año 2013 al 2018, la principal sustancia por la que los usuarios solicitan tratamiento en estas unidades es el alcohol, seguida de la mariguana (principal droga ilegal por la que se solicita tratamiento) y el tabaco.

Figura 33. Porcentaje de las drogas de impacto en los solicitantes a tratamiento en UNEME CAPA (2013-2018)



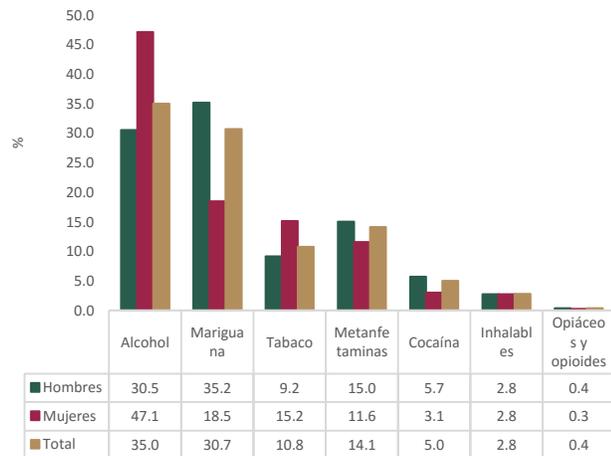
Fuente: Sistema de Información de los Consejos Estatales contra las Adicciones (SICECA), 2018

En el 2018 ingresaron a los CAPA 45,605 personas que presentaban problemas derivados del consumo de

drogas, la principal droga de impacto⁵⁹ por la que se solicitó tratamiento fue el alcohol (35.0%), seguida de la mariguana (30.7%), las metanfetaminas (14.1%) y el tabaco (10.8%).

Es posible identificar diferencias entre los usuarios de drogas de acuerdo a su sexo. Así encontramos que una mayor proporción de hombres acuden por el consumo de mariguana (35.2%), seguido del consumo de alcohol (30.5%), metanfetaminas (15.0%) y el tabaco (9.2%); a diferencia de las mujeres, quienes acuden principalmente por el consumo de alcohol (47.1%), seguido de la mariguana (18.5%) y el tabaco (15.2%).

Figura 34. Porcentaje de las drogas de impacto en los solicitantes a tratamiento en UNEME CAPA (2018)

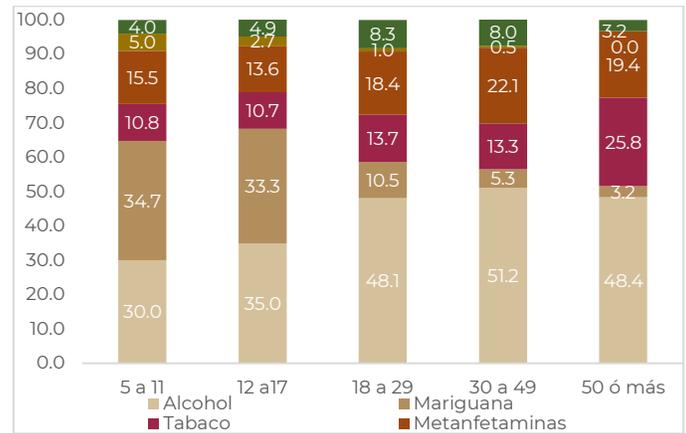


Fuente: Sistema de Información de los Consejos Estatales contra las Adicciones (SICECA), 2017

El grupo de edad es también una variable a partir de la cual se pueden observar diferencias relacionadas con la demanda de tratamiento. Respecto al consumo de alcohol, el grupo de edad que principalmente acude a tratamiento por esta sustancia es el de más de 30 a 49 años (51.2%), seguido del grupo de 50 o más años (48.4%), el grupo de 18 a 29 años (48.1%) y el grupo de 12 a 17 años (35%). La principal droga ilegal por la que se solicita atención es la mariguana, siendo el grupo de 5 a 11 años quienes presentan mayor proporción al solicitar los servicios (34.7%), seguido del grupo de 12 a 17 años (33.3%) y el grupo de 18 a 29 años (10.5%).

La segunda droga ilegal por la que se solicitó atención es la metanfetamina, siendo el grupo de 30 a 49 años quienes presentaron la mayor proporción al solicitar los servicios (22.1%), seguido del grupo de 50 o más años (19.4%) y el grupo de 18 a 29 años (18.4%).

Figura 35. Porcentaje de la distribución de droga de impacto por grupos etarios en UNEME CAPA (2018)

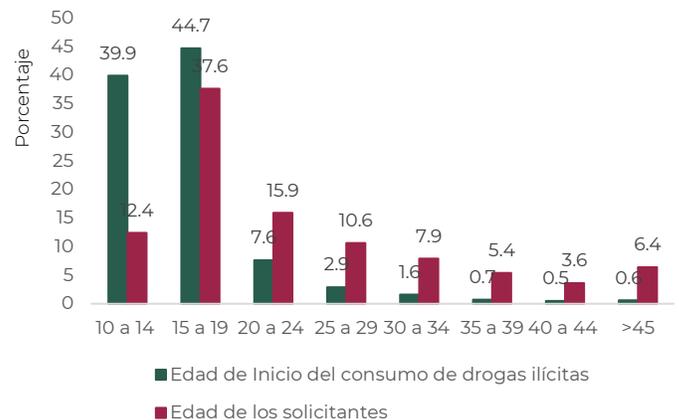


Fuente: Sistema de Información de los Consejos Estatales contra las Adicciones (SICECA), 2018

Centros de Integración Juvenil, A.C.

De acuerdo con datos del Sistema de Información Epidemiológica del Consumo de Drogas (SIECD) de Centros de Integración Juvenil (CIJ), de las 21,989 personas que fueron registradas como solicitantes de tratamiento por consumo de drogas en 2018. De los cuales 18,094 son hombres y 3,895 mujeres (82.3 y 17.7% respectivamente). De la edad de las personas que solicitaron tratamiento por consumo de drogas en este periodo, el 76.7% de ellas tenía menos de 30 años de edad (Figura 36). En tanto que el 39.9% inició su consumo de drogas ilícitas entre los 10 a 14 años y 44.2% entre los 15 a 19 años.

Figura 36. Porcentaje de la edad de los solicitantes de tratamiento y edad de inicio del consumo de drogas en CIJ

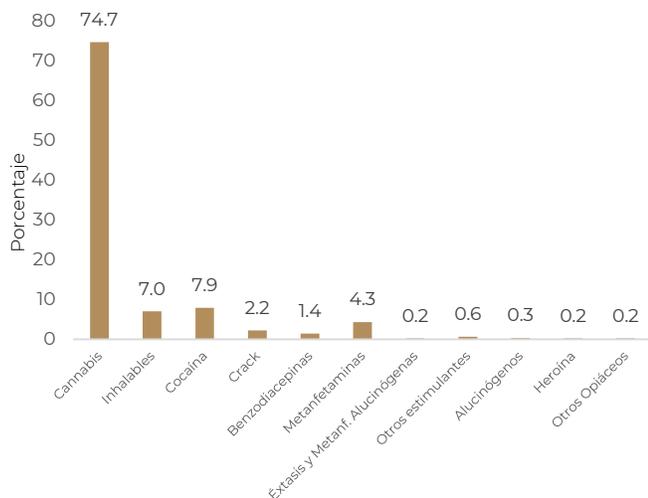


(N = 21,989)
Fuente: Sistema de Información Epidemiológica del Consumo de Drogas (SIECD), CIJ, 2018

⁵⁹ Droga por la que el usuario decide solicitar tratamiento o aquella que percibe como la que le causa mayores problemas.

La marihuana es la sustancia de mayor uso para el inicio de drogas ilegales con el 73.9% de los casos (Figura 37), seguido por los inhalables (8.1%) y la cocaína (7.9%).

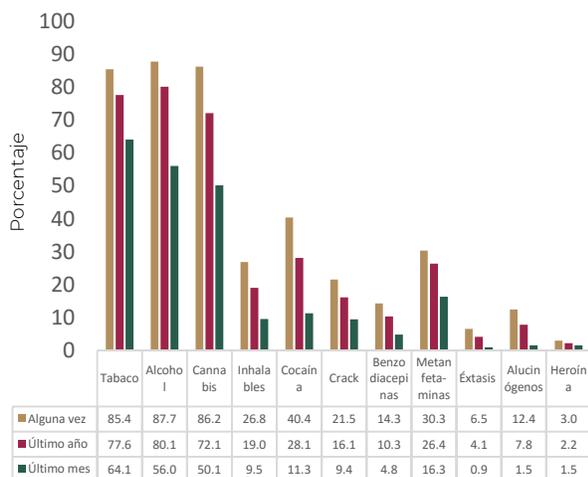
Figura 37. Porcentaje de las drogas ilícitas de inicio del consumo de drogas en solicitantes a tratamiento en CIJ



Fuente: Sistema de Información Epidemiológica del Consumo de Drogas (SIECD). CIJ, 2018

Respecto a las prevalencias del consumo de droga entre los solicitantes de tratamiento en CIJ durante este periodo, el alcohol, tabaco y marihuana presenta las mayores prevalencias; la cocaína y las metanfetaminas se posicionan como la segunda y tercera droga ilegal de mayor consumo, incluso las metanfetaminas superan la prevalencia de consumo de la cocaína en el último mes (Figura 38).

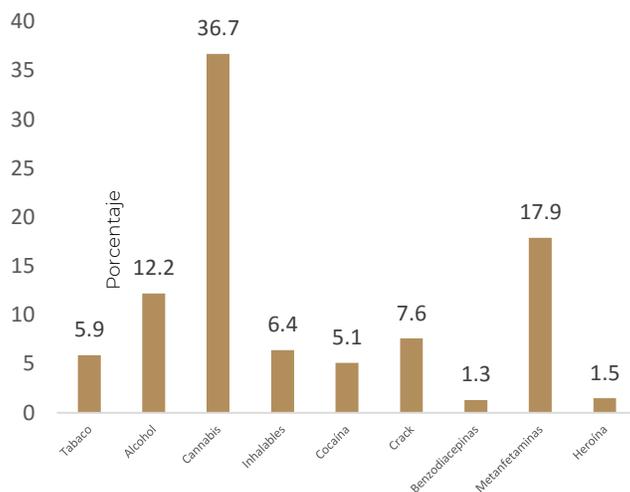
Figura 38. Prevalencias en el consumo de drogas en solicitantes a tratamiento en CIJ



Fuente: Sistema de Información Epidemiológica del Consumo de Drogas (SIECD). CIJ, 2018

La droga de mayor impacto, es decir, aquella por la cual el usuario decide solicitar tratamiento o aquella que percibe como la que le causa mayores problemas, es el cannabis (36.7%), seguido de manera notoria por el consumo de metanfetaminas (17.9%) (Figura 39).

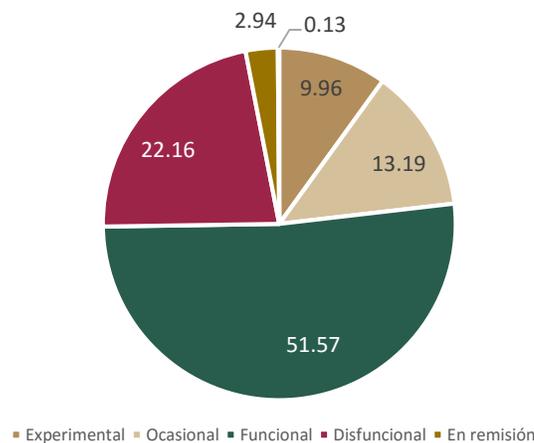
Figura 39. Principales drogas de mayor impacto en solicitantes a tratamiento en CIJ



Fuente: Sistema de Información Epidemiológica del Consumo de Drogas (SIECD). CIJ, 2018

Más de la mitad de los solicitantes a tratamiento por problemas de consumo de drogas en CIJ (51.57%) se catalogaron como consumidores funcionales y el 22.1% como disfuncionales. Solo 13.1 y 9.9% se clasificaron como con un consumo ocasional y experimental, respectivamente. Esto es un indicativo de la severidad de consumo que presentan estas personas y la complejidad que implica su tratamiento.

Figura 40. Porcentaje del tipo de consumo en solicitantes a tratamiento en CIJ



Fuente: Sistema de Información Epidemiológica del Consumo de Drogas (SIECD). CIJ, 2018

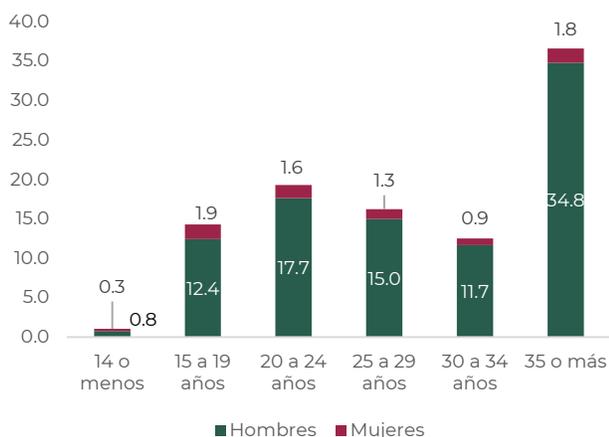
Centros de tratamiento residencial no gubernamentales

El Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA) fue creado en 1990 con el propósito de complementar la información relativa al consumo de sustancias psicoactivas, con apoyo de cuatro fuentes de información, a saber: Centros de Tratamiento y Rehabilitación No Gubernamentales, Consejos Tutelares para Menores, Servicios Médico Forenses (SEMEFO) y Servicios de Urgencias Hospitalarias. A partir de 2017, el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA) actualizó el cuestionario a través del cual recaba información, por lo cual se modificaron algunas variables encontradas en reportes anteriores.

En 2018 se registraron en el SISVEA un total 71,601 registros, mismos que provienen de las 32 entidades federativas.

La distribución de la población por sexo mostró que el 92.3% (66,053) pertenecen al sexo masculino y el 7.7% al femenino. La media de edad fue de 31.9 años (con una desviación estándar de 12.3 años). La estratificación por grupo de edad y sexo mostró que en todos los grupos la mayor proporción fue del sexo masculino (Figura 41).

Figura 41. Distribución de la población por grupo de edad y sexo Centros de Tratamiento No Gubernamentales, 2018
(n= 71,580)



Fuente: Observatorio Mexicano de Drogas (2019) con información del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones, 2018

Motivo de ingreso a tratamiento

Se reconoce que los pacientes que acuden a estos centros de tratamiento, lo hacen porque el consumo de drogas les ha generado problemas en distintos ámbitos de la vida (salud, familiar, social, laboral o legal), por lo cual la mayoría de los pacientes reportaron en su motivo de ingreso que acudieron de

forma voluntaria (61.4%), seguidos por el 26.8% que fueron llevados por amigos o familiares, lo cual puede ser un referente del bajo grado de autopercepción de su dependencia o de la necesidad de apoyo para iniciar y continuar un tratamiento.

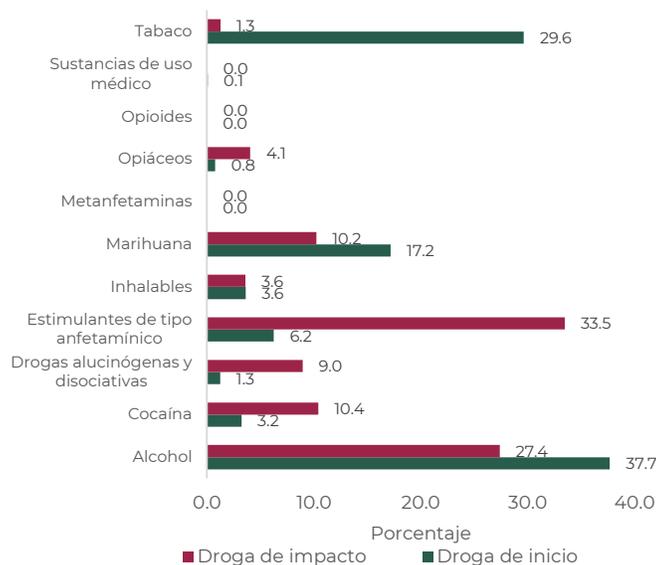
Droga de inicio

Respecto a la droga de inicio que se consumió, se observa que los porcentajes más altos corresponden a sustancias legales como el alcohol (37.7%) y el tabaco (29.6%); las drogas ilegales de mayor consumo inicial fueron la marihuana (17.2%), los estimulantes de tipo anfetamínico (6.2%), los inhalables (3.6%) y la cocaína (3.2%). En promedio la edad de inicio fue a los 15.2 años (desviación estándar de 4.8 años) y el 91.7% reportaron que habían consumido la droga de inicio referida durante el último año (Figura 42).

Droga de impacto

La droga de impacto es aquella que el paciente identifica con mayor capacidad para producirle efectos negativos (problemas), sea en el área de la salud, familiar, legal o laboral y que además es el motivo principal de la demanda de servicio en estas instituciones de rehabilitación. En 2018, la principal droga de impacto fueron los estimulantes de tipo anfetamínico (33.5%), seguidos del alcohol (27.4%), la cocaína (10.4%) y la marihuana (10.2%). El consumo de la droga de impacto inició en promedio a los 18.9 años (desviación estándar de 7.0 años), es decir, tres años posteriores al consumo de la droga de inicio (Figura 42).

Figura 42. Droga de inicio y droga de impacto en los solicitantes a tratamiento Centros de Tratamiento No Gubernamentales, 2018
(Droga de inicio n=71,515; Droga de impacto n=71,353)



Fuente: Observatorio Mexicano de Drogas (2019) con información del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones, 2018

El 97.7% de los usuarios refirieron que habían consumido su droga de impacto en el último año. Particularmente, el 78.4% de los solicitantes de tratamiento indicaron que actualmente consumían diariamente su droga de impacto, seguidos por el 19.8% de los usuarios que indicaron un consumo semanal, el 3.6% refirieron un consumo mensual y el 0.9% un consumo anual. Tan sólo el 0.9% de los usuarios reportaron que ya no consumían su droga de impacto.

Por su parte, la vía de administración de la droga de impacto de quienes solicitaron tratamiento en los Centros de Tratamiento y Rehabilitación no Gubernamentales en 2018 fue principalmente la vía fumada (54.1%) e ingerida (28.3%). Con una diferencia porcentual importante se ubicaron la vía inhalada (11%), inyectada (3.8%), intranasal (2.5%), por otras mucosas (0.1%), masticada (0.1%), tópica (0.1%) y otras mucosas (0.05%).

Instituto Nacional de Psiquiatría

Durante el 2018, el Centro de Ayuda al Alcohólico y sus Familiares perteneciente al Instituto Nacional de Psiquiatría atendió a un total de 171 pacientes. Aunque la sustancia psicoactiva de inicio de los pacientes que se atiende en este centro es alcohol. Existe la presencia del consumo de otras sustancias de forma paralela, como son: Cannabis, solventes, crack, cocaína (ver Tabla 25).

Tabla 25. Principales drogas de impacto que generaron solicitud al tratamiento

SUSTANCIA	10 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 o más	TOTAL
Alcohol	7	13	9	6	2	3	40
Tabaco		2	1	3	1		7
Cannabis	10	26	3	1			40
Cocaína	5	11	10	5			31
Crack	4	13	14	5	1	1	38
Estimulantes			1	1			2
Opioides		1		1	1		3
Solventes		1	1				2
BZD					2		2
Ludopatía					1	1	2
Otros	1	2	1				4
total	27	69	40	22	8	5	171

La mayoría de los usuarios que solicitaron ayuda se encontraban solteros (131). Las vías de administración de las diferentes sustancias que presentaban los pacientes se presentan en la tabla 26. En cuanto a la frecuencia de consumo, se encontró que la mayoría presentaba consumo diario (177 casos), seguida del consumo semanal (44), Mensual (8) y esporádica (2 casos).

Tabla 26. Principales drogas de impacto y vías de administración

	ORAL	FUMADA	INHALADA	INYECTADA	TOTAL
Alcohol	40	0	0	0	40
Tabaco	0	7	0	0	7
Cannabis	0	40	0	0	40
Cocaína	0	0	31	0	31
Crack	0	38		0	38
ETAS		2	0	0	2
Opioides	1	0	0	2	3
Solventes	0	0	2	0	2
BZD	0	0	2	0	2
otros	4	0	0	0	4
ludopatía	0	0	0	0	N/A
total	45	87	35	2	169

6. Modelos de tratamiento

Como se observa en la siguiente tabla (tabla 27) los modelos de tratamiento en unidades ambulatorias presentan algunas variaciones entre el tipo de unidades que atienden la demanda. El tratamiento farmacológico sólo se ofrece en las unidades de CIJ y en el caso de la desintoxicación, es un servicio que no se brinda en ambas instituciones.

Tabla 27. Servicios de consulta externa para la Atención al Consumo de Sustancias Psicoactivas

Modelo de tratamiento	Centros de Atención Primaria en Adicciones (CAPA)	Unidades de consulta externa de CIJ
Tratamiento farmacológico	No existe tratamiento de farmacológico en las UNEME-CAPA, debido al nivel de atención al que pertenecen, al ser unidades de atención primaria	Se otorga tratamiento farmacológico con base en un diagnóstico médico y la integración de un plan de tratamiento cuyo objetivo es dar seguimiento al curso clínico de toda entidad patológica que afecta a los pacientes y ajustar el tratamiento médico con base en las demandas y necesidades identificadas.
Desintoxicación y abstinencia bajo cuidados médicos	No existe tratamiento de desintoxicación y abstinencia bajo cuidados médicos en las UNEME-CAPA, debido al nivel de atención al que pertenecen, al ser unidades de atención primaria.	No se cuenta con servicio de desintoxicación pero se da cuidados médicos en la abstinencia una vez que el paciente se encuentra incorporado en alguna modalidad de tratamiento indicada a su caso.
Tratamiento psicológico/psiquiátrico	Los tratamientos que se llevan a cabo en las UNEME CAPA son primordialmente de atención psicológica, la cual se basa en programas de intervención breve enfocados a la prevención selectiva, cuentan con una validez científica y se fundamentan en la teoría cognitivo conductual. Cabe señalar que las intervenciones breves son de carácter motivacional, mismas que favorecen e incrementan en el individuo la disposición y el compromiso para el cambio.	Se realiza un diagnóstico integral del caso por un equipo multidisciplinario (Psicología, Psiquiatría y Trabajo social) a partir del cual se estructura un plan de tratamiento que incluye seguimiento y atención de la patología dual (depresión, ansiedad, trastorno por estrés posttraumático, esquizofrenia y otros trastornos psiquiátricos o de personalidad previos al

Modelo de tratamiento	Centros de Atención Primaria en Adicciones (CAPA)	Unidades de consulta externa de CIJ
		consumos de sustancias o como resultado de éste y que se puedan atender de manera ambulatoria).
Intervenciones psicosociales	El Modelo UNEME-CAPA cuenta con protocolos y acciones que permiten intervenciones en diferentes escenarios, siendo la comunidad uno de los principales escenarios y en donde se enfocan esfuerzos cuya finalidad es promover ambientes resilientes. En ese sentido, existe vinculación con organismos de nivel nacional e internacional como la Red de Coaliciones Comunitarias, que tiene el propósito de implementar estrategias que sensibilicen a la comunidad para lograr la participación de los residentes de las colonias para llevar a cabo estrategias e intervenciones efectivas para reducir el uso de sustancias adictivas.	Dentro del programa de tratamiento ambulatorio e intensivo, se utilizan intervenciones psicosociales dirigidas a factores motivacionales, psicosociales, sociales y ambientales relacionados con el Trastorno por Uso de Sustancias, y que han demostrado reducir el uso de drogas, promover la abstinencia y prevenir las recaídas. Dichas intervenciones pueden también utilizarse para aumentar la adherencia al tratamiento.
Tratamientos de sustitución de opioides	No existe sustitución de opiáceos en las UNEME CAPA, debido al nivel de atención al que pertenecen, al ser unidades de atención primaria.	Se contempla el Programa de Mantenimiento con Metadona en dos unidades de tratamiento ambulatorio ubicadas en Tijuana y Ciudad Juárez (se describe en el apartado de reducción de daños)

Fuente: CIJ y CAPA

Respecto al modelo de tratamiento residencial que se ofrece en el país se tiene mayor documentación del servicio que ofrece CIJ (tabla 28) y se carece de información más específica del modelo de tratamiento que ofrecen las unidades residenciales no gubernamentales (tabla 29).

Tabla 28. Modelos de tratamiento en hospitalización en unidades de CIJ

Modalidad de Tratamiento	Unidades de hospitalización de Centros de Integración Juvenil
Tratamiento farmacológico	La terapia medicamentosa es indispensable para controlar los trastornos agudos provocados por el consumo de drogas, así como, para el tratamiento de la coexistencia

Modalidad de Tratamiento	Unidades de hospitalización de Centros de Integración Juvenil
	<p>de patología psiquiátrica, o bien cualquier otra complicación médica, garantizando un mejor resultado en la aplicación del modelo de Comunidad Terapéutica.</p> <p>La intervención farmacológica a corto y mediano plazo incluye el manejo de las secuelas propias de la intoxicación, el control de los síndromes orgánico-cerebrales y los cuadros psicóticos concomitantes, contribuyendo así a la atención integral residente. En la valoración inicial y diagnóstico médico-psiquiátrico se fundamenta el uso de la medicación, debiéndose articular con el manejo general, con el fin de que, al combinarse a los componentes psicosociales, ayuden a mejorar la calidad de las intervenciones terapéuticas.</p>
Tratamiento psicológico/psiquiátrico	<p>Psicoterapia Grupal: Se utilizan tres modelos terapéuticos para el tratamiento psicológico de los trastornos por consumo de sustancias en un contexto grupal: El Modelo Transteórico del Cambio; el de la Entrevista Motivacional; y el de la Prevención de Recaídas, basado en el entrenamiento preventivo que siguen tratamientos de dependencia psicológica a fin de reducir la probabilidad de recaídas.</p> <p>Psicoterapia familiar: El planteamiento de los trastornos por consumo de sustancias, por psicotrópicos como un problema multifactorial, ha llevado a la inclusión de diferentes contextos del/la residente en su atención terapéutica. Uno de ellos es el sistema familiar, donde lo que ocurre y la forma en que se organiza la familia, refleja diferentes formas de relación, de reacción, de comunicación y de contención de dicha problemática. Esta situación cobra vital importancia en el proceso de atención del trastorno por consumo de sustancias y sus repercusiones sociofamiliares, debido a lo cual, resulta benéfica la inclusión de la familia en el tratamiento.</p> <p>Psicoterapia de pareja: el psicoterapeuta se centra fundamentalmente en mejorar la comunicación en la relación. De esta manera, se aprenderá a controlar los impulsos y emociones para afrontar y resolver eficientemente los conflictos que puedan surgir. Se pretende que los problemas se miren desde otra perspectiva.</p> <p>Grupo de familiares: es el escenario de atención para quienes conviven y comparten cotidianamente con el/la paciente su trastorno por consumo de sustancias. Es un espacio más para tratar las situaciones familiares que influyen y sostienen el consumo; para clarificar las dinámicas que eligen quienes se interrelacionan con el/la paciente, y para descubrir los recursos con que cuentan a efecto de generar sus propios cambios.</p>
Intervenciones psicosociales	<p>Van dirigidas a generar un cambio en el estilo de vida, el cual se logra una vez que se reconocen y atienden en forma integral, las necesidades, carencias o limitaciones de cada residente y se promueve el desarrollo de sus recursos internos a través de un ambiente terapéutico.</p> <p>Las intervenciones se realizan dentro de una organización similar a la de una familia, esto es, con estructura de límites claros, roles definidos y diferenciados, con funciones delimitadas y expresión de afectos claros, ya que tales características pretenden mostrar</p>

Modalidad de Tratamiento	Unidades de hospitalización de Centros de Integración Juvenil
	<p>al/la paciente una nueva visión de lo que puede ocurrir en un ambiente familiar y del lugar que éste puede tener dentro de ella. A la par, la participación de la familia en un trabajo clínico tendiente a favorecer un proceso de cambio en su estructura-función, congruente con el proceso del/la residente, tiene por sentido ensanchar el proceso de ambos, para reforzar la reinserción social.</p>
Tratamientos de sustitución de opioides	<p>Se ofrece atención ambulatoria a los consumidores de heroína ministrándoles el equivalente de esta droga en metadona, un agonista opiáceo que satura los receptores cerebrales opioides con menores consecuencias fisiológicas, ya que una sola dosis de metadona satura los receptores hasta por 36 horas, disminuyendo la necesidad de consumo de heroína y el deterioro orgánico que esta ocasiona teniendo como fin la rehabilitación de los consumidores.</p>

Fuente: CIJ

Tabla 29. Modelos de Tratamiento en unidades de internamiento residencial / Establecimientos Privados

	Servicios que ofrecen	
De un total de 1,045 establecimientos registrados en el país	31 establecimientos profesionales y públicos ofrecen tratamiento farmacológico (3.14%)	
	17 establecimientos ofrecen servicios de desintoxicación (1.72%)	
	641 establecimientos ofrecen tratamiento psicológico (62.07%)	
	199 establecimientos ofrecen servicios psicosociales (20.20%)	
	7 establecimientos ofrecen tratamiento de sustitución de opiáceos (0.7%)	3 del sector privado

Fuente: Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC)

7. Evaluación y seguimiento a los servicios de tratamiento

Centros de Atención Primaria en Adicciones (CAPA)

El proceso de supervisión a las Unidades de Especialidades Médicas- Centros de Atención Primaria en Adicciones (UNEME-CAPA), que realiza la Comisión Nacional Contra las Adicciones (CONADIC), en conjunto con los Coordinadores Estatales de las UNEME-CAPA de los Consejos Estatales contra las Adicciones (CECA), tiene como objetivo evaluar que las unidades que brindan servicios de prevención y tratamiento de las adicciones, den cabal cumplimiento a lo dispuesto en la normatividad aplicable para la atención en las Unidades de atención ambulatoria de la Secretaría de Salud.

Su implementación dio inicio en el año 2011, en el que se comenzó a evaluar y dar seguimiento de manera presencial a las Unidades por parte de las Subdirecciones de Apoyo y Coordinación Regional; utilizando como herramienta de apoyo la Cédula de supervisión de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGES). A partir del 2012 se realizó y diseñó la Cédula de Evaluación para la Supervisión de las UNEME-CAPA de acuerdo a la NOM-028-SSA2-2009 y que es de carácter interno. Dicha cédula fue piloteada en 61 Unidades distribuidas en 14 entidades federativas. El proceso de supervisión se llevó a cabo con el apoyo de los Coordinadores Estatales de las UNEME-CAPA para la planeación y realización de la supervisión in situ.

Durante 2018, 278 unidades fueron supervisadas, sumando un total de 365 supervisiones, desglosadas de la siguiente manera: 213 fueron supervisadas en una ocasión; 50 fueron supervisadas en dos ocasiones; y, 16 recibieron tres o más supervisiones.

Como parte de los resultados derivados de la aplicación de la Cédula de Supervisión de las UNEME-CAPA, a nivel nacional, se obtuvo un porcentaje global del 92.64%⁶⁰, lo cual ubica a las unidades en un nivel adecuado de funcionamiento.

Derivado de las Supervisiones realizadas a las Unidades y con el proceso de homologación de procedimientos desde el ingreso hasta el egreso de los usuarios se hizo evidente la necesidad de contar con una cédula de Supervisión para verificar que los procesos llevados a cabo en las Unidades se lleven de manera homogénea, así como dar continuidad a los criterios de calidad en la atención y confidencialidad de los usuarios atendidos. Dentro de la Cédula se encuentran las siguientes áreas:

A. Infraestructura, equipamiento e insumos

Verifica que se cuente con el equipo adecuado para el desarrollo de sus funciones, respecto del modelo de atención. En este rubro se obtuvo un puntaje del 87.03%. La mayoría de las unidades cuentan la infraestructura mínima para operar: oficina de dirección, consultorios de psicología y trabajo social, área de usos múltiples, etc. Además de contar con los insumos necesarios para operar (material para las acciones de prevención y tratamiento).

B. Recursos humanos

Evalúa si el personal de la Unidad es suficiente y se encuentra capacitado y/o acreditado para la atención de usuarios consumidores de sustancias. Se obtuvo un

puntaje del 91.51%. Indica que las unidades cuentan con plantillas de personal administrativo y operativo que permiten ofrecer atención adecuada, al contar, en su mayoría, con responsables de unidad, personal de psicología y de trabajo social.

C. Difusión

Busca conocer las actividades que las unidades realizan para difundir los servicios que se brindan en los CAPA. En materia de difusión se obtuvo un puntaje del 97.47%; entre las principales actividades que participan se encuentran: Ferias de Salud, marchas, entrega de trípticos, elaboración de periódicos murales, participación en medios de comunicación (radio, televisión, redes sociales).

D. Modelo de atención

Evalúa lo referente al proceso de atención, homologación de procedimientos, así como el apego a los elementos que constituyen el modelo de atención tanto en actividades intramuros y extramuros de prevención y tratamiento. En relación a esta área, se obtuvo un 97.47%, lo que implica que la mayoría de las unidades operativas cumplen con la normatividad establecida para el expediente clínicos y cuentan con actividades de apoyo terapéutico como los Grupos de Alcohólicos Anónimos.

E. Satisfacción de usuarios

Verifica y evalúa que al interior de las unidades se lleven a cabo procesos que permiten observar si los usuarios son atendidos con un servicio de calidad; esto a través de las líneas de acción que establece el Programa Federal de SI-CALIDAD, establecido por la Secretaría de Salud. Uno de los requisitos es que las unidades se encuentren registradas a los indicadores de calidad, así como al mecanismo de seguimiento de quejas y sugerencias. Se obtuvo un puntaje del 88.48%. La mayor parte de las unidades se encuentran inscritas en el Sistema Nacional de Indicadores de calidad en Salud (INDICAS), además de contar con AVAL ciudadano y con buzón de quejas y sugerencias, aunque resta fortalecer el seguimiento que se lleva a cabo a las quejas y sugerencias

F. Actividades Psicoeducativas, Culturales y Deportivas

En este apartado se identifican las actividades que en materia de cultura y deporte se promueven o llevan a cabo los CAPA en sus zonas de influencia, así como las acciones psicoeducativas que realizan para promover estilos de vida saludables. En este rubro se obtuvo el

⁶⁰ Los resultados se catalogan con base a la siguiente clasificación: 80-100% = Buen desempeño; 60-79% = Desempeño mediano; 0-59% Desempeño deficiente

puntaje más bajo, el cual fue del 79.34%, muestra la necesidad de fortalecer actividades que promuevan la participación y empoderamiento de la comunidad, para favorecer ambientes resilientes.

Centros de Integración Juvenil, A.C.

La Dirección de Investigación de CIJ realiza una evaluación semestral cuanti/cualitativa de los servicios de tratamiento ⁶¹ con el objetivo de retroalimentar al área normativa sobre las estrategias e intervenciones más eficaces y las que requieren mejora, así como al área operativa para incrementar la eficiencia del proceso de atención. Asimismo, existe la evaluación de la opinión de los usuarios respecto a los servicios recibidos para medir el nivel de satisfacción a través de encuestas que se aplican durante el tratamiento.

Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón De La Fuente Muñiz”

La clínica de trastornos adictivos del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón De La Fuente Muñiz” está enfocada al tratamiento de pacientes con “patología dual, que significa la existencia en un paciente de problemas psiquiátricos y uso de sustancias, por lo que en realidad el énfasis no está en el manejo de las adicciones únicamente.

El servicio de tratamiento se cataloga de acuerdo a la Clasificación de la American Society of Addiction Medicine (ASAM) como un nivel ambulatorio no intensivo con capacidad de atención de patología dual. Está basado en un modelo mixto psiquiátrico psicológico, que pretende mejorar calidad de vida y prevenir más complicaciones, por lo que el enfoque es de reducción de daños.

El Centro de Ayuda al Alcohólico y sus Familiares (CAAF), al formar parte de una Institución mayor, la evaluación del servicio se integra a la evaluación global de consulta externa, en primer lugar, buscando fidelidad a los procesos, como la elaboración de historia clínica de acuerdo con la normatividad, evaluación de gabinete amplia para hacer un diagnóstico preciso. De esta manera se evalúa la gestión de los servicios, más que un resultado específico (por ejemplo, que el paciente se mantenga en abstinencia de por vida). Ya que la población es heterogénea en cuanto a diagnóstico psiquiátrico y a uso de sustancias, no hay un resultado único, se busca

que el paciente se adhiera el mayor tiempo posible a tratamiento, integrando a la familia al proceso.

En el CAAF, los seguimientos del servicio de Psiquiatría, consisten en la identificación de las posibles recaídas en el consumo (la frecuencia y cantidad), presencia de consumo explosivo, abuso o dependencia al alcohol a través de una entrevista semi-estructurada. Si el caso además presenta algún trastorno psiquiátrico, se da seguimiento a sus síntomas, el apego al medicamento y la mejoría que hubieran tenido. En el caso del servicio de Psicología, los seguimientos van desde psicoterapia individual, de pareja, familiar o grupal. De acuerdo con los objetivos o metas que se fijen (y se logren), será el número de sesiones que se proporcionan.

Servicios de tratamiento en establecimientos residenciales privados

En México los establecimientos de atención a las adicciones están regidos por la Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009 para la prevención, tratamiento y control de las adicciones y en otras normatividades relacionadas. También les aplica el *Marco Normativo de las Cédulas de Supervisión a establecimientos residenciales de atención a las adicciones*, (CONADIC, 2017) y tres cédulas de supervisión de acuerdo al modelo de atención establecido en la NOM-028 (ayuda mutua, mixta y profesional) para verificar el apego de los establecimientos a los ordenamientos legales vigentes⁶².

En coordinación con la CONADIC, las Comisiones Estatales contra las Adicciones (CECA), supervisan y dan seguimiento continuamente a los servicios de tratamiento residenciales de atención a las adicciones.

Por otro lado, la CONADIC, implementa desde 2010 el proceso de reconocimiento a los establecimientos residenciales de atención a las adicciones. El objetivo es valorar el cumplimiento de los criterios estipulados en la Normatividad Vigente para el Tratamiento de las Adicciones, además del trato que se brinda a los usuarios. Para ello, se emiten en primer lugar los Lineamientos para Reconocimiento y Ratificación de

establecimientos Residenciales de Tratamiento de Adicciones, en los cuales se enlistan una serie de documentos que deben de cumplir los

⁶¹ Algunas de estas evaluaciones:

Sistema institucional de evaluación de programas de tratamiento: hospitalización:

<http://www.test.cij.gob.mx/ExtCIJ/programas/Investigacion/pdf/10-11.pdf>

Evaluación de un proyecto de terapia familiar en consulta externa:

<http://www.test.cij.gob.mx/ExtCIJ/programas/Investigacion/pdf/10-06.pdf>

Sistema institucional de evaluación de programas de tratamiento consulta externa. Segundo informe análisis de la permanencia en

tratamiento:

<http://www.test.cij.gob.mx/ExtCIJ/programas/Investigacion/pdf/10-05.pdf>

⁶² Cfr.

http://salud.edomex.gob.mx/imca/documentos/servicios_imca/CEDULA%20SUPERVISION%20AYUDA%20MUTUA%202017.pdf

Y

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

establecimientos, si cumplen con éstos, se programan para su supervisión.

El proceso consiste en una supervisión anticipada, en la cual profesionales de la salud expertos en la materia aplican una cédula de supervisión, de acuerdo al modelo de tratamiento que implementa el centro en cuestión (puede ser profesional, mixto y ayuda mutua); se otorga una retroalimentación al cierre de la visita y se procede al análisis de resultados por parte de la CONADIC para otorgar o no el reconocimiento. El reconocimiento es expedido por esta Comisión con una vigencia máxima de 3 años, de acuerdo al puntaje obtenido en la supervisión.

A continuación, se enlistan lineamientos, documentos y actividades:

- Marco Normativo de las Cédulas de Supervisión
- Cédulas de supervisión a establecimientos residenciales, de acuerdo a modelo de atención
- Lineamientos para otorgar Reconocimiento de la CONADIC
- Lineamientos Operativos para Cambio de Dictamen
- Guía breve para el Supervisor de Establecimientos Residenciales de Atención a las Adicciones.
- Manual de Funciones para Responsables de Establecimientos en las Comisiones Estatales contra las Adicciones.
- Capacitaciones anuales para la homologación de procedimientos y reforzamiento de criterios técnicos para las supervisiones.

Desde el 2012 hasta el 2018 se han realizado 1,647 supervisiones a establecimientos residenciales de atención a las adicciones por parte de la CONADIC y se han reconocido durante este período 939 establecimientos residenciales, lo cual equivale al 55.4%. Actualmente los establecimientos reconocidos vigentes son 348, dado que el reconocimiento se otorga por uno, dos o tres años, por lo cual se tiene que hacer visitas periódicas para ratificación del mismo (ver tabla 30).

Tabla 30. Número de establecimientos por tipo de dictamen

Año	2015	2016	2017	2018	Total	
Supervisados	239	186	139	76	640	
Reconocidos	99	133	100	43	375	
Con medidas de suspensión por riesgo sanitario	31	36	47	27	140	
No reconocidos	Sin prácticas negativas	*	43	13	18	74
	Con prácticas negativas	*	10	10	12	32
	En proceso de reconocimiento	*	*	6	3	9

*No se cuenta con la información desglosada en estos años.

Asimismo, y con la finalidad de garantizar la prestación de servicios de calidad a los Establecimientos Residenciales de Atención a las Adicciones, en 2014 se implementó, en conjunto con la Comisión Federal para la Prevención contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS), acciones de supervisión y vigilancia. El objetivo de las supervisiones es vigilar el apego de los Establecimientos a los requerimientos de la Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-1999, para la prevención, tratamiento y control de las adicciones y, en caso de detectar desviaciones, instrumentar las correcciones correspondientes, que van desde una observación hasta la suspensión de labores por parte de la COFEPRIS.

La verificación que lleva a cabo la COFEPRIS, es de observancia con la Ley General de Salud, por tanto, desde los inicios del programa, levanta actas con las observaciones en dos áreas específicas: área médica y saneamiento básico.

La verificación que realiza COFEPRIS en el Área Médica es en relación al cumplimiento con un consultorio de atención general: instalaciones, equipos, medicamentos, dispositivos médicos, personal (cedulas profesionales), integración de expedientes clínicos y manuales de procedimientos.

En cuanto al Área de Saneamiento Básico, supervisan condiciones sanitarias del establecimiento, disposición de basura, calidad del agua, fumigación/fauna nociva, buenas prácticas en la preparación de alimentos, como limpieza de insumos, utensilios, contaminación cruzada, percederas y agua.

Como parte de las estrategias de evaluación de los programas de tratamiento se han desarrollado una serie de Guías de práctica clínica que establecen procedimientos e indicadores de atención eficaz, a saber:

Prevención, detección y consejería en adicciones para adolescentes y adultos en el primer nivel de atención

Establece recomendaciones basadas en mejores prácticas a personal del primer nivel de atención en salud con el objetivo de estandarizar las acciones que en el país se realicen para:

- Prevenir el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, realizar detección oportuna de riesgos e implementar la consejería para reducir el consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes y adultos.
- Realizar referencia y contrarreferencia de adolescentes y adultos que consumen sustancias psicoactivas para que reciban atención especializada.

Este documento se puede consultar en: <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/SS-023-08/ER.pdf>

Diagnóstico y tratamiento del consumo de marihuana en adultos en primer y segundo nivel de atención.

Establece recomendaciones basadas en mejores prácticas a personal del primer y segundo nivel de atención en salud con el objetivo de estandarizar las acciones que en el país se realicen para:

- Identificar las consecuencias en la salud ocasionadas por el consumo de marihuana en adultos
- Describir los criterios diagnósticos y especificar el tratamiento para la intoxicación aguda, consumo perjudicial, dependencia y síndromes de abstinencia por consumo de marihuana en adultos.
- Determinar los criterios para la referencia y contrarreferencia por consumo de marihuana en adultos
- Proponer criterios para la reinserción social y reincorporación laboral de personas adultas que consumen marihuana.

Este documento se puede consultar en: <http://cenetec-difusion.com/CMGPC/SS-343-16/ER.pdf>

8. Conclusiones

Los sistemas de información de las acciones que se realizan para el tratamiento de personas que solicitan atención terapéutica y psicosocial en las diferentes instituciones no comparten una misma plataforma

informática que permita establecer comparaciones de las mismas variables o indicadores de resultados. En este sentido, sería deseable contar con un sistema único de expedientes que facilite el seguimiento de una atención más personalizada a cada paciente y tener mayores posibilidades de evaluar la efectividad del tratamiento otorgado.

Actualmente, el seguimiento que con más frecuencia se hace de las actividades de tratamiento está basada en el número de pacientes y actividades que se realizan, lo que da razón de una evaluación de proceso, pero tiende a ser escaso el seguimiento a estos programas que permitan conocer el impacto que generaron estos tratamientos en las personas atendidas; y, particularmente, sería importante contar con indicadores de evaluación sobre el resultado que se obtuvo en todo el proceso de tratamiento, incluido la rehabilitación psicosocial y laboral, en algunos casos.

Respecto a los servicios de atención que brindan las diferentes instituciones, es importante considerar la importancia de que cuenten con mecanismos de desintoxicación y en el caso particular de las unidades residenciales, con excepción a CIJ, se tenga mayor documentación de los modelos de tratamiento que ofrecen.

Particularmente en CIJ, los programas de tratamiento son evaluados por un área interna de investigación, por lo general a un nivel de evaluación de proceso y de resultados⁶³.

9. Fuentes y metodología

Respecto a la metodología utilizada para la sección de tratamiento, desde la Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC) se hizo una solicitud oficial al Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz" y a Centros de Integración Juvenil, A.C.; además se consultaron las siguientes fuentes de información:

Norma Oficial Mexicana 028 SSA2-2009 para la prevención, tratamiento y control de las adicciones

Lineamientos para el Censo y Registro de Establecimientos Residenciales de Atención a las Adicciones, Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC)

Marco Normativo de las Cédulas de Supervisión a establecimientos residenciales de atención a las adicciones, (CONADIC, 2017)

⁶³ Algunas de estas evaluaciones se pueden consultar en <http://www.test.cij.gob.mx/ExtCIJ/programas/Investigacion/Evaluativa.asp>

Guía de Práctica Clínica *Prevención, detección y consejería en adicciones para adolescentes y adultos en el primer nivel de atención.* <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/SS-023-08/ER.pdf>

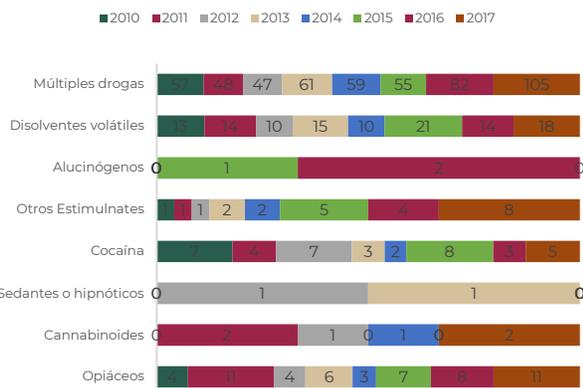
Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y tratamiento del consumo de marihuana en adultos en primer y segundo nivel de atención. <http://cenetec-difusion.com/CMGPC/SS-343-16/ER.pdf>

IV. Impacto del consumo de drogas y programas de reducción de daños

1. Muertes directamente asociadas con el consumo de drogas

De acuerdo con datos de la Dirección General de Información en Salud (DGIS)⁶⁴ de 2010 a 2017 se han registrado 22,856 fallecimientos por *trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de distintas drogas* (clasificación CIE-10), siendo 21,920 defunciones por el consumo de alcohol, 179 por el de tabaco y 757 por consumo de drogas ilícitas. En este periodo, el uso de inhalables representó la sustancia ilícita relacionada con un mayor número de muertes (115), seguido por los opiáceos (54), la cocaína (39) y por otro tipo de estimulantes (24). En estos ocho años las drogas con un mínimo de muertes relacionadas con su consumo fueron los cannabinoides (6), alucinógenos (3) y los sedantes e hipnóticos con dos decesos (Figura 43). Sin embargo, se presentaron 514 muertes por Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de múltiples drogas y al uso de otras sustancias psicoactivas (CIE-10, F19).

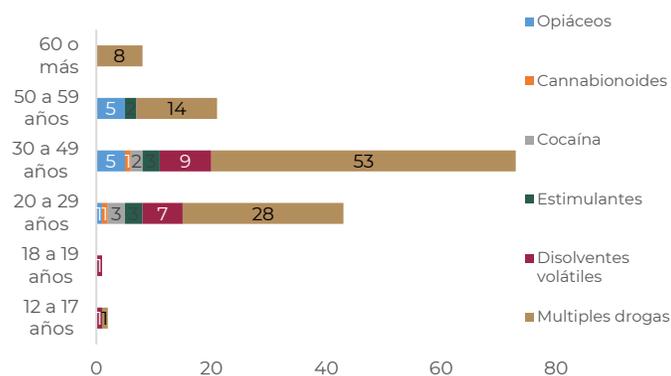
Figura 43. Defunciones por trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de drogas ilícitas (2010 - 2017)



Fuente: Dirección General de Información en Salud (DGIS)

Durante el 2017 se registraron 2,597 muertes por el consumo de sustancias psicoactivas. Las edades de las personas que fallecieron por estas causas, variaron en función a la sustancia psicoactiva, en 2017 se encontró que el rango de edad con más muertes fue el de 30 a 49 años, seguido por el rango de 20 a 29 años de edad. Siendo el trastorno mental y del comportamiento por uso de múltiples drogas (CIE-10, F19) el que presentó más casos en la mayoría de los grupos etarios (Figura 44).

Figura 44. Defunciones por trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de drogas ilegales por grupo etario (2017)



Fuente: Dirección General de Información en Salud (DGIS)

En la tabla 31 se aprecian las defunciones reportadas por la DGIS por Trastornos Mentales y del Comportamiento debido al uso de distintas Sustancias Psicoactivas desagregadas por sexo y grupo etario. En general se registraron más muertes en hombres y, en relación a la edad, en el caso de múltiples drogas se reportaron más muertes en el grupo de 25 a 29 años, mientras que en el caso de alcohol existen más muertes de los 40 años en adelante.

Tabla 31. Defunciones por trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas, 2017

Edad	F10 uso de alcohol			F11 uso de opiáceos			F12 uso de cannabinoides			F14 uso de cocaína		
	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T
15 a 19 años	4	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0
20 a 24 años	26	1	27	0	0	0	0	0	0	0	0	0
25 a 29 años	61	3	64	1	0	1	1	0	1	2	0	2
30 a 34 años	119	3	122	1	0	1	0	0	0	0	0	0
35 a 39 años	185	7	192	0	1	1	0	0	0	2	0	2
40 a 44 años	278	7	285	2	0	2	0	0	0	0	0	0
45 a 49 años	263	10	273	1	0	1	1	0	1	0	0	0
50 a 54 años	288	16	304	1	0	1	0	0	0	0	0	0
55 a 59 años	275	12	287	4	0	4	0	0	0	0	0	0
60 o más	802	47	849	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	2301	106	2407	10	1	11	2	0	2	4	0	4

Fuente: Dirección General de Información en Salud (DGIS, 2017)

Tabla 31. Defunciones por trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas, 2017 (continuación)

Edad	F15 incluida la cafeína			F17 uso de tabaco			F18 uso de disolventes volátiles			F19 uso de múltiples drogas y al uso de otras sustancias psicoactivas		
	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T
15 a 19 años	0	0	0	0	0	0	0	2	2	1	0	1
20 a 24 años	1	0	1	0	0	0	4	2	6	7	0	7
25 a 29 años	2	0	2	0	0	0	1	0	1	18	3	21
30 a 34 años	1	0	1	1	0	1	3	1	4	5	1	6
35 a 39 años	0	0	0	0	0	0	2	1	3	13	3	16
40 a 44 años	1	0	1	0	0	0	1	0	1	17	2	19

⁶⁴ Información obtenida en los Cubos Dinámicos, los cuales forman parte del sistema nacional de información básica en materia de salud:

http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/BD_Cubos_gobmx.html

	F15 incluida la cafeína			F17 uso de tabaco			F18 uso de disolventes volátiles			F19 uso de múltiples drogas y al uso de otras sustancias psicoactivas		
45 a 49 años	1	0	1	1	0	1	1	0	1	11	0	11
50 a 54 años	1	0	1	1	0	1	0	0	0	8	0	8
55 a 59 años	1	0	1	1	0	1	0	0	0	6	0	6
60 o más	0	0	0	16	6	22	0	0	0	7	1	8
Total	8	0	8	20	6	26	12	6	18	93	10	103

Fuente: Dirección General de Información en Salud (DGIS, 2017)

2. Muertes indirectamente asociadas con el consumo de drogas

Por otras causas de muerte no asociadas directamente con el consumo de drogas, se presentaron 61 fallecimientos en 2017 (Tabla 32):

Tabla 32. Otras causas de muerte no asociadas directamente con el consumo de drogas, 2017

Causa (CIE - 10)	H	M	T
X42. Envenenamiento accidental por, y exposición a narcóticos y psicodislépticos [alucinógenos], no clasificados en otra parte	4 5	4	4 9
X43. Envenenamiento accidental por, y exposición a otras drogas que actúan sobre el sistema nervioso autónomo	1	0	1
X62. Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a narcóticos y psicodislépticos [alucinógenos], no clasificados en otra parte	3	0	3
X63. Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a otras drogas que actúan sobre el sistema nervioso autónomo	0	1	1
Y12. Envenenamiento por, y exposición a narcóticos y psicodislépticos [alucinógenos], no clasificados en otra parte, de intención no determinada	2	1	3
Otras Enfermedades			
I42.7: Cardiomiopatía debida a drogas y otros agentes externos	3	1	4
Total	5 4	7	6 1

Fuente: Secretaría de Salud / Dirección General de Información en Salud (DGIS), 2017

En la Tabla 33 se aprecian otras causas de muerte no asociadas directamente con el consumo de alcohol, (17,109 muertes).

Tabla 33. Otras causas de muerte no asociadas directamente con el consumo de alcohol, 2017

Causa (CIE - 10)	H	M	T
Alcohol Enfermedades neuro-psiquiátricas			
F10. Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alcohol	2,31 6	10 6	2,4 22
G31.2. Degeneración del sistema nervioso debido al alcohol	83	4	87
G62.1. Poli neuropatía alcohólica	3	0	3
Otras enfermedades			
E51.2: Encefalopatía de Wernicke	5	1	6
I42.6: Cardiomiopatía alcohólica	54	1	55
K29.2: Gastritis alcohólica	32	0	32
K70: Enfermedad alcohólica del hígado	12,9 99	1,1 75	14,1 74

Causa (CIE - 10)	H	M	T
K86.0: Pancreatitis crónica inducida por el alcohol	4	2	6
Lesiones			
X45: Envenenamiento accidental por, y exposición al alcohol.	256	18	27 4
X65: Envenenamiento auto infligido intencionalmente por, y exposición al alcohol.	2	0	2
Y15: Envenenamiento por, y exposición al alcohol, de intención no determinada.	46	2	48
Total	15,8 00	1,3 09	17,1 09

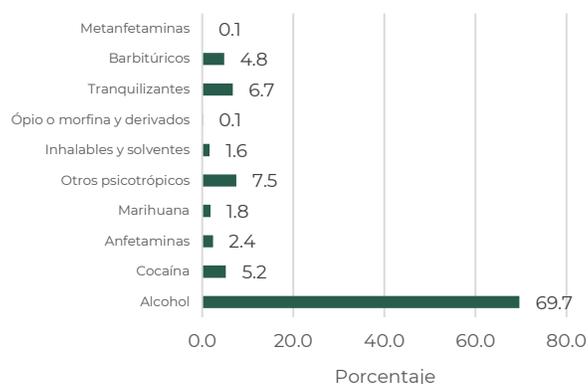
Fuente: Secretaría de Salud / Dirección General de Información en Salud (DGIS), 2017

3. Muertes relacionadas con consumo de drogas según el Servicio Médico Forense (SEMFEFO)

Otra fuente de información sobre el perfil sociodemográfico y la relación entre la causa de muerte y el consumo de sustancias (drogas) de los fallecidos, es la información que anualmente recaba el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las adicciones (SISVEA) a través del Sistema Médico Forense (SEMFEFO). Esta información es obtenida a través de un cuestionario que se llena para toda persona fallecida mayor de cinco años que es transferida al SEMFEFO.

De los 9,723 casos de defunciones registradas en 2018, el 84.2% son del sexo masculino (15.8% femenino), tenían un promedio de edad de 42.3 años (desviación estándar de 18.9 años) y el grupo de mayores de 40 años fue el que tuvo la mayor proporción con 48.5% de los registros. De los 9,723 casos, se confirmó que en el 15.2% de las muertes existía evidencia de que previo al fallecimiento se había hecho uso de alguna droga. El alcohol fue la droga con mayor frecuencia relativa con el 69.7%, seguido por la cocaína (7.5%), las anfetaminas (6.7%) y la marihuana con el 5.2% (ver Figura 46).

Figura 45. Porcentaje del tipo de droga confirmada en casos de fallecimientos, 2018
(N = 1475 casos)



Fuente: Observatorio Mexicano de Drogas (2019) con información del Servicio Médico Forense (SEMFEFO)/ Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las adicciones (SISVEA), 2017

La presencia relativa que tuvo cada droga confirmada en los casos de fallecimiento reportados por el SEMEFO en 2018 se puede observar en la tabla 36. Se observa que, en todas las causas de muerte, el alcohol ocupa el primer lugar, seguido por la cocaína y las anfetaminas.

Tabla 34. Otras causas de muerte asociadas al consumo de drogas, sustancias confirmadas, 2018

Sustancia confirmada	Accidentes		Homicidio		Suicidio		Muertes no violentas		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Alcohol	324	22.0	422	28.6	124	8.4	158	10.7	1028	69.7
Marihuana	15	1.0	47	3.2	9	0.6	6	0.4	77	5.2
Inhalables y solventes	5	0.3	14	0.9	9	0.6	7	0.5	35	2.4
Opio o morfina y derivados	14	0.9	8	0.5	2	0.1	3	0.2	27	1.8
Cocaína	12	0.8	76	5.2	16	1.1	7	0.5	111	7.5
Tranquilizantes	10	0.7	6	0.4	5	0.3	3	0.2	24	1.6
Barbitúricos	0	0.0	1	0.1	0	0.0	1	0.1	2	0.1
Anfetaminas	1	0.1	89	6.0	7	0.5	2	0.1	99	6.7
Otros psicotrópicos	39	2.6	12	0.8	5	0.3	15	1.0	71	4.8
Metanfetaminas	0	0.0	1	0.1	0	0.0	0	0.0	1	0.1
Total	420	28.5	676	45.8	177	12.0	202	13.7	1475	100.0

Fuente: Observatorio Mexicano de Drogas (2019) con información del Servicio Médico Forense (SEMEFO)/ Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las adicciones (SISVEA), 2018

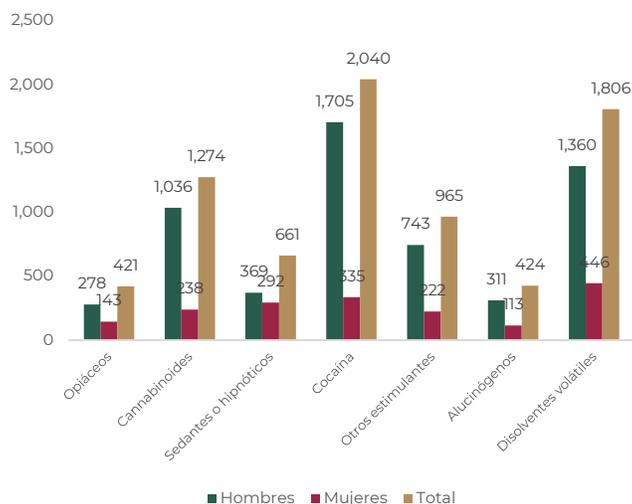
4. Urgencias por Trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de drogas en 2017

En cuanto a las personas que acudieron a algún servicio de urgencias por trastornos mentales del comportamiento debido al uso de drogas (clasificación CIE-10) en 2018 y que fueron identificadas en los registros de la DGIS. Se aprecia que el consumo de alcohol registró el mayor número de urgencias médicas asociadas al consumo de drogas, con 29,644 casos (83.3% hombres y 16.7% mujeres), seguido por el uso de múltiples drogas con 6,011 casos (83% hombres y 17% mujeres; F19, CIE-10) y en el tercer lugar la cocaína (2040 casos).

Es posible observar que el consumo de cocaína, con 2040 casos fue la droga ilícita que con mayor frecuencia generó alguna solicitud de atención en urgencias, de ellos el 83.6% fueron hombres y 16.4% mujeres. En segundo lugar, se encuentran los inhalables con 1,806 casos en urgencias, 75.3% fueron hombres y 24.7% mujeres. Por consumo de cannabinoides, particularmente marihuana, se reportaron 1,274 casos (81.3% hombres y 18.7% mujeres); por otros estimulantes se presentaron 965 casos (77% hombres y 23% mujeres), por sedantes e hipnóticos 661 casos, en los cuales un porcentaje importante fueron mujeres (44.2%); otras drogas que generaron atención en servicios de urgencias fueron

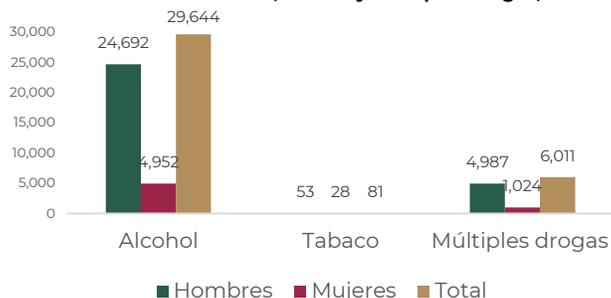
los alucinógenos con 424 casos y opiáceos con 421 casos (ver figura 46).

Figura 46. Pacientes atendidos en urgencias por trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de distintas drogas, 2017 (N= 7,595 casos)



Fuente: Dirección General de Información en Salud (DGIS)

Figura 47. Pacientes atendidos en urgencias por trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de alcohol, tabaco y múltiples drogas, 2017



Fuente: Dirección General de Información en Salud (DGIS), 2017

La edad de las personas que acudieron servicios de urgencias varía por el tipo de droga consumida. La distribución representada en la tabla 35 permite observar que las edades en que se concentran estas solicitudes a servicios de urgencias, por el consumo de las drogas ilícitas con el mayor número de casos (cocaína, inhalables y marihuana), está entre los 15 y 34 años de edad.

Tabla 35. Distribución por edad de los pacientes atendidos en urgencias por trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de distintas drogas, 2017

Edad	F10 uso de alcohol	F11 uso de opiáceos	F12 uso de cannabinoides	F13 uso de sedantes o hipnóticos, intoxicación aguda	F14 uso de cocaína
9 años o menos	132	5	4	9	0
10 a 14 años	358	12	46	25	22
15 a 19 años	2474	40	422	100	218
20 a 24 años	3111	66	279	111	381
25 a 29 años	3091	66	181	82	424
30 a 34 años	3760	58	114	68	357
35 a 39 años	3896	45	72	50	267
40 a 44 años	3844	27	53	70	172
45 a 49 años	2994	27	39	52	92
50 a 54 años	2314	19	26	28	47
55 a 59 años	1596	22	13	18	22
60 o más	2070	35	24	39	38
Total	29640	422	1273	652	2040

Fuente: Dirección General de Información en Salud (DGIS), 2017

Tabla 35. Distribución por edad de los pacientes atendidos en urgencias por trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de distintas drogas, 2017 (continuación)

Edad	F15 uso de otros estimulantes, incluida la cafeína	F16 uso de alucinógenos	F17 uso de tabaco	F18 uso de disolventes volátiles	F19 uso de otras sustancias psicoactivas
9 años o menos	0	4	1	78	47
10 a 14 años	17	12	1	62	94
15 a 19 años	149	94	10	330	1069
20 a 24 años	238	82	12	399	1387
25 a 29 años	183	84	7	296	1059
30 a 34 años	130	47	12	232	787
35 a 39 años	103	47	7	153	585
40 a 44 años	62	23	7	95	425
45 a 49 años	35	12	6	62	247
50 a 54 años	23	5	6	41	150

Edad	F15 uso de otros estimulantes, incluida la cafeína	F16 uso de alucinógenos	F17 uso de tabaco	F18 uso de disolventes volátiles	F19 uso de otras sustancias psicoactivas
55 a 59 años	11	3	3	22	85
60 o más	14	15	9	36	67
Total	965	428	81	1806	6002

Fuente: Dirección General de Información en Salud (DGIS), 2017

Sin embargo, las sustancias que tienden a generar un número más elevado de casos de urgencias en las edades más tempranas son los cannabinoides (59% de los casos tenían menos de 20 años), los sedantes o hipnóticos (37.6% menores de 20 años) y la cocaína (30.4% de menores de 20 años), como se muestra en la tabla 36.

Tabla 36. Porcentaje de pacientes atendidos en urgencias por trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de drogas antes de los 20 y 30 años de edad, 2017

Trastorno	Antes de 20 años	Antes de 30 años
F10 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alcohol	20.5	20.9
F11 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de opiáceos	29.1	31.3
F12 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cannabinoides	59.0	36.1
F13 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sedantes o hipnóticos, intoxicación aguda	37.6	29.6
F14 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cocaína	30.4	39.5
F15 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de otros estimulantes, incluida la cafeína	17.2	43.6
F16 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alucinógenos	25.7	38.8
F17 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de tabaco	14.8	23.5
F18 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de disolventes volátiles	26.0	38.5
F19 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de múltiples drogas y al uso de otras sustancias psicoactivas	20.2	40.8

Fuente: Dirección General de Información en Salud (DGIS), 2017

Por lo general, el número en cada rango de edad es mayor para el caso de los hombres, pero en el caso de las edades más tempranas la diferencia con las mujeres tiende a reducirse y en el caso del consumo de sedantes e hipnóticos, esta relación se invierte para el rango de 10 a 14 años de edad (hombres 10 y mujeres 24 casos).

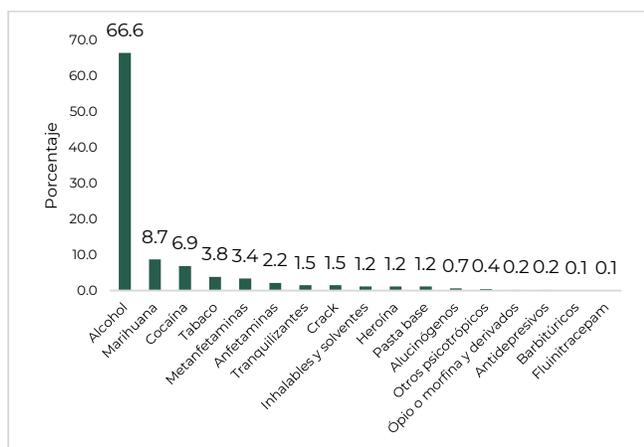
5. Servicio de urgencias hospitalarias, 2018 (SISVEA)

Con un muestreo (información recolectada en dos semanas típicas por año⁶⁵) de los casos que llegan a las salas de urgencias en instituciones públicas y privadas de pacientes mayores de 5 años de edad, se recaba información con un instrumento que permite identificar si el paciente se encontraba bajo el efecto de alguna sustancia e historial de consumo de diversas drogas.

De acuerdo con estos datos, que son recabados por el SISVEA, de los 8,135 casos que se presentaron en los servicios de urgencias durante 2018, un total de 915 pacientes (11.3%) ingresaron bajo el efecto de alguna droga, el 83.6% de los pacientes fueron hombres (765 casos) y el 16.4% mujeres (150 casos).

El 66.6% de los ingresos bajo los efectos de alguna sustancia psicoactiva fueron por el consumo de alcohol (609 casos), seguidos por la marihuana con el 8.3%, la cocaína con el 6.9% el resto de las drogas obtuvieron porcentajes por debajo del 6.0% (ver figura 48).

Figura 48. Sustancias detectadas al ingresar a los servicios de urgencias. (n=915)



Fuente: Observatorio Mexicano de Drogas (2019) con información del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones, 2018

También se detectaron casos de consumo de varias drogas al ingresar a los servicios de urgencias, se identificaron 123 casos bajo los efectos de una segunda droga, 13 casos con el consumo de tres drogas y dos personas que ingresaron bajo los efectos de cuatro sustancias psicoactivas.

De estos casos en los que se confirmó con evidencia clínica que habían consumido alguna sustancia y cuyo motivo de ingreso a urgencias estaba relacionado con

causas externas, las causas más frecuentes fueron las siguientes:

Tabla 37. Motivo de consulta a servicios de urgencias hospitalarias de quienes se confirmó que habían utilizado previamente alguna droga, 2018

Causa de ingreso a urgencias*	N**	%
Caída	205	33.2
Accidente automovilístico	101	16.3
Trauma por objeto contundente o persona	64	10.4
Intoxicación o envenenamiento	54	8.7
Atropellado	43	7.0
Objetos punzocortantes o contundentes	32	5.2
Asfixia o sofocación	20	3.2
Sobredosis accidental	15	2.4
Proyectil de arma de fuego	14	2.3
Piquete o mordedura	13	2.1
Quemadura por fuego o química	9	1.5
Sobredosis autoinflingida	9	1.5
Aplastamiento	8	1.3
Envenenamiento suicida	8	1.3
Sustancias, vapor u objetos calientes	7	1.1
Corriente eléctrica	5	0.8
Sustancias líquidas, sólidas o gaseosas	4	0.6
Congelamiento	3	0.5
Maquinaria	2	0.3
Otra	2	0.3

Fuente: Observatorio Mexicano de Drogas (2019) con información del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones, 2018

Otro de los aspectos indagados es si el paciente ingresa a urgencias con alguna patología previa, al respecto el 11.9% de los pacientes que ingresaron a los servicios de urgencias bajo los efectos del consumo de alguna sustancia psicoactiva, presentaron como patología base la psicosis por el consumo de alcohol u otras drogas, asimismo el 5.7% tenía cirrosis o gastritis (ver tabla 32).

Dentro del rubro de patología base se reporta un porcentaje importante en la categoría de otras patologías, dentro de esta categoría el 0.6% de los usuarios que ingresaron bajo los efectos del consumo de alguna droga presentaron como patología previa la intoxicación por el consumo de alcohol y el 0.5% por el consumo de metanfetaminas, sustancias de uso médico u otras drogas no especificadas.

⁶⁵ Es decir, que no existan eventos extraordinarios como fiestas patronales, conciertos, etc. que pudieran incrementar el consumo de drogas.

Tabla 38. Patología previa al ingreso a los servicios de urgencias hospitalarias de quienes ingresaron bajo los efectos de alguna droga, 2018

Patología previa al ingreso a urgencias*	N**	%
Bronquitis, enfisema o asma	22	2.4
Cáncer tráquea, bronquios o pulmón	10	1.1
Enfermedades del corazón	35	3.8
Hipertensión	45	4.9
Afección neurológica	20	2.2
Cirrosis, gastritis	52	5.7
Urgencia quirúrgica	46	5.0
Psicosis alcohólica/sustancias	109	11.9
Afección ginecoobstétrica	6	0.7
Afección osteomuscular	114	12.5
Diabetes mellitus	55	6.0
Otra	399	43.7

Fuente: Observatorio Mexicano de Drogas (2019) con información del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones, 2018

6. Enfermedades infecciosas relacionadas con las drogas

Personas con VIH/Sida que se inyectan drogas (PID).

De acuerdo con datos proporcionados del Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el Sida (Censida), 6 mil 305 personas que se inyectan drogas tienen VIH en México; para esta estimación se tomó la prevalencia de VIH en PID reportada en el “Diagnóstico situacional, mapeo de sitios de encuentro y evaluación de impacto de las estrategias de prevención de VIH/SIDA en México. Informe sobre la encuesta en sitios de encuentro de UDI. México 2012”, que calcula que la prevalencia de VIH es de 5.8% en personas que se inyectan drogas en tres ciudades que se encuentran en la frontera norte (Tijuana, B.C.; Ciudad Juárez, Chihuahua; y Hermosillo, Sonora). Este dato, se comparó con la prevalencia presentada en la ENCODAT 2016 – 2017 de 109 mil 080 personas de personas que se inyectan drogas en México y se multiplicó por la prevalencia reportada de VIH (5.8%), lo que da como resultado una estimación de 6,305 personas con VIH que se inyectan drogas (Tabla 39).

Tabla 39. Estimación de personas que se inyectan drogas (PID) con VIH

	Prevalencia de VIH con PID (tres ciudades fronterizas) ⁶⁶	Tamaño de PID	Estimación de número de PID con VIH
Estimación de personas que se inyectan drogas (PID) con VIH	5.8%	109,079 personas	6,305 personas

Fuente: Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el Sida

El Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el Sida también informó que de acuerdo a datos de 2016, anualmente se realizan un promedio de 7 mil detecciones de VIH e Infecciones de Transmisión Sexual entre las PID.

El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA, 2014), estima que en América Latina el 0.3% (721 mil) de las personas que se inyectan drogas están infectadas con VIH⁶⁷; sin embargo, en el informe del progreso de la respuesta mundial al Sida de Naciones Unidas⁶⁸, calcula que en México 2.5% de las personas que se inyectan drogas (PID) viven con VIH, lo que representaría 2 mil 727 personas en esta situación. Este porcentaje comparado con el total de hombres y mujeres es del 3.3 y 2.4%, respectivamente. Por grupo de edad, la relación porcentual sería de 0.6% en el correspondiente al grupo de menos 25 años o menos y de 3.1% para el grupo de 25 o más años de edad.

El informe, también cita otros datos relacionados con este tema en México:

- En 2016, por cada persona que se inyectaba drogas, se distribuyó 6.2 jeringas⁶⁹, lo cual es sumamente bajo.
- 71.3% utilizó equipo estéril en la última inyección
- El 35% hizo la prueba del VIH y recibió el resultado en los últimos 12 meses
- 27.8% usó un condón durante la última relación sexual riesgosa

Además, identifica que varios de estos servicios no están disponibles en prisiones: prueba de VIH, terapia con retrovirales, condones, jeringas y terapia de sustitución de opioides.

⁶⁶ Se cita “Diagnóstico situacional, mapeo de sitios de encuentro y evaluación de impacto de las estrategias de prevención de VIH/SIDA en México. Informe sobre la encuesta en sitios de encuentro de UDI. México 2012”

⁶⁷

http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/donoh_arm_en.pdf

⁶⁸ Global AIDS response progress reporting. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2015

(<http://www.unaids.org/en/dataanalysis/knowyourresponse/globalaidsprogressreporting>)

⁶⁹ Cfr. <http://www.aidsinfoonline.org/kpatlas/#/home> En 2014 y 2015 fue de 3.9 y 7.2 jeringas (<http://www.unaids.org/es/regionscountries/countries/mexico>). Censida informó que en 2017 se distribuyeron 674, 963 jeringas, lo que representa 6.2 jeringas por PID.

La encuesta de *seroprevalencia* en sitios de encuentro de hombres que tienen sexo con hombres (2013)⁷⁰ identificó que entre este grupo de la población el 25.4% de los encuestados afirmaron haber utilizado alguna droga en el último año y, de éstos, sólo el 1.1% reporta que fueron drogas inyectadas.

De acuerdo con Instrumento Nacional de Compromisos y Políticas (NCPI) que México reportó en 2014 ONUSIDA, reconoce que entre el 51 y 75% de los programas dirigidos a personas que se inyectan drogas es proporcionado por la sociedad civil. Un efecto de esta situación es la inestabilidad que suelen presentar algunos de estos programas cuando existen reducciones de fondos económicos internacionales, como ya ha ocurrido con los programas de intercambio de jeringas con un impacto negativo entre 60 y 90%, como fue documentado en 2015.⁷¹

El Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el Sida reportó que, en 2017, el gobierno federal financió a cinco organizaciones de la sociedad civil para realizar actividades de reducción de daños que incluyen distribución gratuita de jeringas. Cuatro de ellas incluyeron la realización de pruebas de detección del VIH, una más destinó ese financiamiento a actividades preventivas en esta población sin la realización de detección de VIH. Estos proyectos se desarrollaron en ciudades con alta presencia de uso de drogas inyectables (frontera norte): Hermosillo, Saltillo, Nogales, Ciudad Juárez, Delicias, Camargo, Tijuana y Chihuahua. Existen otras OSC agrupadas en la Red Mexicana de Reducción de Daños que distribuyen jeringas a personas que se inyectan drogas en sus instalaciones y sitios de encuentro de estos consumidores de drogas con recursos distintos a los que otorga Censida. En 2017, siete Programas Estatales de VIH, sida e ITS distribuyeron jeringas a personas que se inyectan drogas: Coahuila, Colima, Michoacán, Nuevo León, Sonora, Tamaulipas y Zacatecas

CENSIDA también reportó que el Programa Nacional de respuesta al VIH, SIDA e ITS en el 2018 realizó las siguientes acciones de reducción de daños en materia de prevención del VIH orientadas a personas que se inyectan drogas:

Los servicios especializados de atención del VIH, SIDA y otras ITS realizaron 2,602 detecciones de VIH y 2,210 detecciones de sífilis, gonorrea, hepatitis B, VPH y herpes genital. Así como la distribución de 84,935 condones para la prevención de la transmisión sexual del VIH y otras ITS.

En seis entidades federativas: Colima, Nuevo León, Sinaloa, Zacatecas, Coahuila, Michoacán se distribuyeron 26,570 jeringas. Además de proporcionar tratamiento antirretroviral gratuito para personas con VIH; a través de los 76 Centros Ambulatorios para la Prevención y Atención en SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (Capasits) y los 64 Servicios de Atención Integral Hospitalaria (SAIH).

Debido a que en la frontera norte del país se encuentra una mayor proporción de personas que se inyectan drogas, se cuenta con 23 servicios especializados en VIH, SIDA y otras ITS; la tabla 40 muestra la cantidad de servicios especializados por estado fronterizo.

Tabla 40. Estados fronterizos con servicios especializados en VIH, SIDA e ITS

Estado	Capasits	Saih
Baja California	3	3
Sonora	3	2
Coahuila	4	2
Chihuahua	2	1
Nuevo León	1	0
Tamaulipas	2	0

Fuente: Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el Sida, 2019

Además, nueve organizaciones de la sociedad civil, ocho de las cuales están grupadas en la Red Mexicana de Reducción de Daños, entregan insumos de prevención a nivel comunitario en sus instalaciones y acudiendo a sitios de encuentro de personas que se inyectan drogas, llamados *picaderos*, en Baja California, Sonora, Nuevo León, Guanajuato, Chihuahua y Colima, la cuales distribuyeron 580,009 jeringas; así como condones y el ofrecimiento de la prueba de detección de VIH.

Durante el 2018 el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, en coordinación con la Comisión Nacional contra las Adicciones realizaron un estudio denominado "Diagnóstico sobre el consumo de heroína en la frontera de México con estados Unidos"⁷² el cual tuvo como objetivo conocer la dimensión y el contexto del consumo de heroína tres ciudades de la frontera (Tijuana, San Luis Río Colorado y Ciudad Juárez). Dentro de la población de usuarios de heroína se encontró que la mayoría son hombres, migrantes que intentaron cruzar la frontera, deportados de Estados Unidos y nativos de las tres ciudades. Además de la heroína presentaban consumos de alguna vez en la vida de marihuana (96.5%), cocaína (91.3%), ansiolíticos (83.5%), cristal (75.5%), opioides (65.2%), china white (58.55%), inhalables (54.8%) y crack (51.8%).

⁷⁰ <http://funsalud.org.mx/portal/wp-content/uploads/2013/05/Encuesta-seroprevalencia.pdf>

⁷¹ <https://www.opensocietyfoundations.org/sites/default/files/ready-willing-and-able-20160403.pdf>

⁷² Fuente: Cuqueando la Chiva: Contexto del consumo de heroína en la frontera norte de México. Fleiz-Bautista, C. y Col., 2019

Consumos en los últimos 30 días de ansiolíticos (26.8%), opioides (20.5%) y cristal (17.7%). La edad de inicio de la población estudiada para cualquier droga fue a los 14 años de edad, para la heroína a los 20.8 años de edad y heroína inyectada a los 21.2 años de edad. En cuanto al patrón de consumo 97% de ellos consumía diario con un promedio de 5 veces al día. Dentro de las conductas de riesgo como compartir jeringas o parafernalia para el consumo 50.9% usó parafernalia que alguien más ya había usado. De los resultados serológicos de usuarios en Centros de tratamiento (591 usuarios) y usuarios de sitios de consumo (375 usuarios) se encontró que para pruebas de VIH el 2.7% y 4.3% respectivamente resultaron positivo y para las pruebas del VHC el 76.9% y el 88.8% resultado positivo. En cuanto al tema de sobredosis el 67.2% de los participantes ha experimentado una sobredosis en la vida con un promedio de 4 sobredosis a lo largo de su vida. Los participantes en promedio han buscado atención en 10 ocasiones y el 90% ha tenido alguna recaída. Este estudio muestra la necesidad de acciones de intervención en la comunidad desde el modelo de reducción de riesgos y daños.

Respecto al porcentaje de personas que se inyectan drogas y que están infectadas por Hepatitis C, el informe *The Global State of Harm Reduction 2016* de *Harm Reduction Internacional*, señala que:

*Los datos sobre hepatitis viral entre personas que se inyectan drogas en América Latina son escasos y, a menudo, están desactualizados. Se cree que Argentina tiene la prevalencia más baja de hepatitis C entre las personas que se inyectan drogas en la región, en 4.8% y México la más alta, en 96%⁷³ (en hepatitis B es del 85%, el más alto a nivel mundial). En Brasil, las tasas de prevalencia de hepatitis C se registraron como 28.9 % de personas que se inyectan drogas en 2011. Las cifras citadas provienen de datos publicados en 2009 y 2005, respectivamente, y dado que *Global State* informó por última vez en 2014, no hay estimaciones actualizadas disponibles para América Latina (p.90).*

Una reciente investigación del Centro Nacional de Investigación sobre Drogas y Alcohol y el Kirby Instituto en UNSW Sydney publicada en *Addiction*⁷⁴,

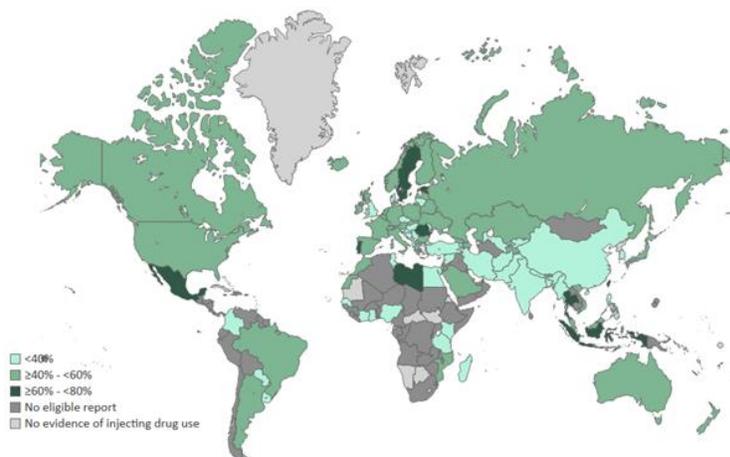
⁷³ Nelson PK, Mather B, Cowie B, et al. (2011) 'Global epidemiology of hepatitis B and hepatitis C in people who inject drugs: results of systematic reviews'. *The Lancet* 378(9791):571-83.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3285467/>

⁷⁴ Grebely, Jason, et al. (2018). Global, regional, and country - level estimates of hepatitis C infection among people who have recently injected drugs (<https://doi.org/10.1111/add.14393>)

sobre la carga de hepatitis C entre las personas que se inyectan drogas corrobora los datos que presenta *Global State* sobre la situación que existe en México y pone de relieve la necesidad urgente de reducir el daño y las estrategias de tratamiento a nivel mundial. Destaca que, a nivel global, más de una de cada tres personas (39%) que se inyectaron drogas en el último año viven con infección por hepatitis C. Nuestro país se encuentra en el grupo de quienes tienen una situación más crítica con prevalencias estimadas de 60 y 80% de las personas que se inyectan drogas (Figura 49). Entre los datos a nivel mundial más relevantes que presenta, están los siguientes:

- 71 millones de personas que viven con hepatitis C en todo el mundo.
- 6.1 millones de personas han inyectado drogas recientemente (que representa el 8.5% de todas las infecciones).
- Se estima que el 25% de todas las nuevas infecciones de hepatitis C ocurren entre personas que se inyectan drogas, como resultado de compartir jeringas.

Figura 49. Prevalencia estimada de infección de hepatitis C entre las personas que se inyectan drogas en la actualidad, por país, 2018



Fuente: Grebely, Jason, et al. (2018). Global, regional, and country-level estimates of hepatitis C infection among people who have recently injected drugs. *Addiction* (<https://doi.org/10.1111/add.14393>)

El informe *Global State* también cita un estudio reciente en México⁷⁵ que identificó que la población

⁷⁵ Bautista-Arredondo S, et al. (2015) 'A Cross-Sectional Study of Prisoners in Mexico City Comparing Prevalence of Transmissible Infections and Chronic Diseases with That in the General Population.' *PLoS ONE* 10(7):e0131718.

carcelaria tenía seis veces más probabilidades de vivir con el hepatitis C, y que la prevalencia del VIH era 0.7% más alta entre presos que la comunidad en general.

Respecto al apoyo a las acciones para la reducción de daños el Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el SIDA informó que el 2018 se distribuyeron 607,193 jeringas y 84,935 condones en el país, a través de los Programas Estatales de VIH, SIDA e ITS y las Organizaciones de la Sociedad Civil, Asimismo, Censida cuenta con un directorio de servicios de salud para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento a padecimientos asociados al VIH. Entre estos están 32 programas estatales, 76 Centros Ambulatorios para la Prevención y Atención en sida y otras Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS) y 64 Servicios de Atención Integral Hospitalaria (SAIH), sumando una red de 140 servicios especializados de atención y prevención del VIH, en las entidades federativas.

7. Programa de Mantenimiento con Metadona

Se ofrece como atención ambulatoria a los consumidores de heroína. Los objetivos terapéuticos pueden ir desde la perspectiva centrada en la abstinencia hasta la reducción de daños (paliativa), a saber:

- Interrumpir el ciclo de intoxicación – síndrome de abstinencia;
- Disminuir considerablemente el consumo de otros opiáceos ilícitos, así como otras drogas;
- Reducir el riesgo de muerte por sobredosis;
- Reducir conductas de riesgo y transmisión de infecciones mortales como VIH/SIDA y hepatitis B o C;
- Reducir las conductas antisociales (criminales);
- Fomentar el apego al tratamiento.

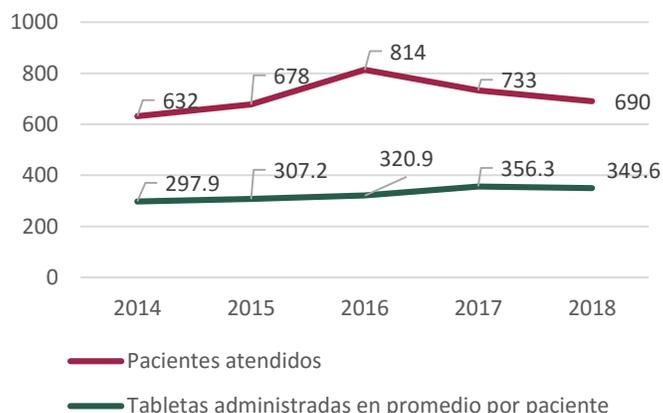
Las personas dependientes de opiáceos, inicialmente acuden a una consulta donde se determina si son candidatos a recibir metadona. Los criterios de inclusión, son:

- Pacientes adultos, con historia de adicción a heroína por más de 2 años.
- Pacientes con historia de síndromes de abstinencia frecuentes.
- Pacientes que abusan de opiáceos por vía endovenosa.
- Mujeres embarazadas, con adicción a heroína. Pacientes adolescentes, con gran

inestabilidad clínica por síndromes de abstinencia y “cravings” frecuentes

En la siguiente gráfica (Figura 50) se muestra el número de pacientes que se han atendido con metadona en CIJ de 2014 a 2018:

Figura 50. Pacientes atendidos y tabletas de metadona administradas en promedio en dos unidades de tratamiento para usuarios de heroína de CIJ (2014 – 2018)



Fuente: Informe de rendición de cuentas de conclusión de la administración 2012-2018. CIJ, octubre de 2018.

8. Evaluación y seguimiento

El seguimiento de los programas de metadona, consiste en analizar las intervenciones que se realizan a los pacientes considerando la adherencia al tratamiento con metadona; y se contabilizan los paquetes sanitarios distribuidos por las Organizaciones No Gubernamentales (ONG´s). En el Estudio “Diagnóstico sobre el consumo de heroína en la frontera de México con Estados Unidos”⁷⁶ al evaluar las razones de abandono del tratamiento con metadona los entrevistados reportaron como principales causas el uso de heroína al mismo tiempo (41.5%), síntomas de abstinencia más severo que los de la heroína (33.3%) o el tratamiento de metadona desde su percepción no funcionó (27.4%). Otras razones tuvieron que ver con el acceso a las clínicas, como: 11.5% mencionó que era complicado ir todos los días por el medicamento y el 8.1% señaló que estaba muy lejos las clínicas. Este tipo de evaluaciones permiten conocer las barreras a las que se enfrentan estos usuarios.

⁷⁶ Fuente: Cuqueando la Chiva: Contexto del consumo de heroína en la frontera norte de México. Fleiz-Bautista, C. y Col., 2019

9. Conclusiones

Con la información que se dispone de defunciones y daños provocados por sustancias psicoactivas, sería importante que se impulsaran programas de reducción del daño con poblaciones que a pesar de tener un consumo crónico de drogas no están en contacto con los sistemas de atención, esto particularmente para inhalables, metanfetaminas, marihuana, opiáceos y cocaína.

En el caso de las personas que se inyectan drogas (PID), se deben fortalecer los esfuerzos de los programas gubernamentales y de organizaciones de la sociedad civil. Esto es evidente particularmente al tomar en cuenta el porcentaje de PID con infección de hepatitis B y C, que, a nivel mundial, México se tienden a ubicar entre los porcentajes más altos.

Respecto al programa de mantenimiento con metadona no se identificaron datos concretos sobre el número de personas que están siendo atendidas por organizaciones de gobierno o de la sociedad civil, así como la cantidad de metadona que se les está administrando. Asimismo, no se identificó un sistema de información que unificara indicadores para el seguimiento del tratamiento que se está ofreciendo a las personas que están recibiendo metadona, particularmente por las clínicas privadas que existen.

10. Fuentes y metodología

Para recabar la información de esta sección, desde la Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC) se hizo una solicitud oficial a Dirección General de Información en Salud (DGIS), a la Dirección General de Epidemiología y al Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el Sida (Censida); además se consultaron las siguientes fuentes de información:

Cubos Dinámicos de la Dirección General de Información en Salud (DGIS), los cuales forman parte del sistema nacional de información básica en materia de salud:
http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/BD_Cubos_gobmx.html

Reporte del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las adicciones (SISVEA, 2016)

Lineamientos Nacionales para el Ingreso Involuntario de Personas Consumidoras de Sustancias Psicoactivas a Servicios de Atención de Urgencias.
https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/296767/Lineamientos_Ingreso_Involuntario_080118.pdf

DO NO HARM. Health, Human Rights and People Who Use Drugs (2016). UNAIDS.
http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/donoharm_en.pdf

Global AIDS response progress reporting. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2015 (<http://www.unaids.org/en/dataanalysis/knowyourresponse/globalaidsprogressreporting>)

Encuesta de seroprevalencia en sitios de encuentro de hombres que tienen sexo con hombres (2013). <http://funsalud.org.mx/portal/wp-content/uploads/2013/05/Encuesta-seroprevalencia.pdf>

Fleiz- bautisra. C., Domínguez-García, M., Villatoro-Velázquez, JA., Vázquez-Quiroz, F., Zafra-Mora, E., Sánchez-Ramos R., Resendiz-Escobar E., Bustos-Gamiño M., Medina-Mora ME. Cuqueando al Chiva: Contextos del consumo de heroína en la frontera norte de México... Ciudad de México, México: INPRFM; 2019

The Global State of Harm Reduction 2016 de Harm Reduction Internacional,

Ready, Willing, and Able? Challenges Faced by Countries Losing Global Fund Support (2015). Open Society Foundations.
<https://www.opensocietyfoundations.org/sites/default/files/ready-willing-and-able-20160403.pdf>

Nelson PK, Mather B, Cowie B, et al. (2011) 'Global epidemiology of hepatitis B and hepatitis C in people who inject drugs: results of systematic reviews'. *The Lancet* 378(9791):571-83

Grebely, Jason, et al. (2018). Global, regional, and country-level estimates of hepatitis C infection among people who have recently injected drugs (<https://doi.org/10.1111/add.14393>)

Bautista-Arredondo S, et al. (2015) 'A Cross-Sectional Study of Prisoners in Mexico City Comparing Prevalence of Transmissible Infections and Chronic Diseases with That in the General Population.' *PLoS ONE* 10(7):e0131718.

Cook, Catherine & Charlotte Davies (2018). The lost decade: Neglect for harm reduction funding and the health crisis among people who use drugs, London: Harm Reduction International (https://www.hri.global/files/2018/07/20/The_lost_decade_funding_report_23_July_2018.pdf)

Lineamientos Nacionales para el Funcionamiento de las Clínicas de Metadona.
https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/296856/Lineamientos_Metadona_141117.pdf

Informe de rendición de cuentas de conclusión de la administración 2012-2018. CIJ, octubre de 2018.
http://www.transparencia.cij.gob.mx/rendicion_de_cuentas/pdf/Informe_Consolidado%20SERC-CIJ.pdf

C. OFERTA DE DROGAS

I. Políticas y coordinación

El problema mundial del fenómeno de las drogas representa uno de los retos más relevantes para nuestro país. Para atenderlo, el Gobierno de la República impulsa su análisis a partir de un enfoque sistémico, integral y equilibrado, con el fin de atender sus principales causas y consecuencias. En este sentido, en diciembre de 2017 se publicó en el Diario Oficial de la Federación (DOF)⁷⁷ el Acuerdo por el cual se creó la Oficina Nacional de Políticas de Drogas (ONPD), adscrita a la Coordinación de Métodos de Investigación⁷⁸ en el Centro Nacional de Análisis e Información para el Combate a la Delincuencia (CENAPI) de la Fiscalía General de la República (FGR), la cual fue diseñada a partir de un modelo intersecretarial y tiene el objetivo de integrar, coordinar, promover y proponer políticas públicas orientadas a la reducción de la demanda; control de la oferta; prevención de la violencia; justicia y aplicación de la ley; y esquemas de desarrollo, así como dar seguimiento a compromisos internacionales en materia de drogas.

II. Mercado de las drogas

1. Incautaciones de drogas

Cantidad de drogas incautadas:

De acuerdo con datos proporcionados por la Oficina Nacional de Políticas de Drogas, la incautación de drogas de diciembre de 2012 a junio de 2018 fue el siguiente:

Tabla 41. Drogas incautadas del 1 de diciembre de-2012 al 30 de junio de 2018 en México

Droga	Cantidad
Mariguana	4,631.01 toneladas
Cocaína	52.24 toneladas
Metanfetamina	123.56 toneladas
Goma de opio	4,580.44 kilogramos
Heroína	2,641.96 kilogramos

Fuente: Elabora la ONPD/CENAPI/CMI/FGR con datos del Sexto Informe de Gobierno

⁷⁷ Diario Oficial de la Federación, Acuerdo A/100/17 por el que se reforma el diverso /101/13, 7 de diciembre de 2017, http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5507052&fecha=07/12/2017

⁷⁸ Diario Oficial de la Federación, Acuerdo A/007/19 por el que instala la Coordinación de Métodos de Investigación, 7 de marzo de 2019,

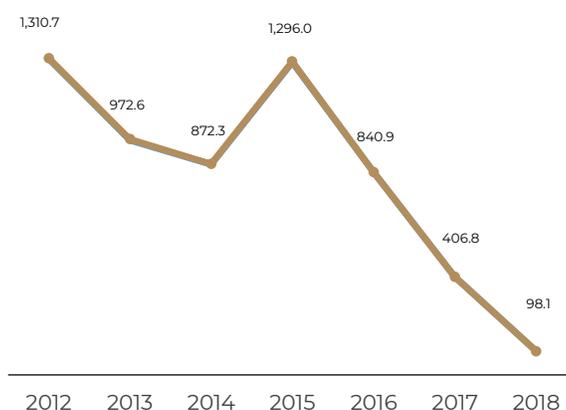
De los datos anteriores, se desprende que la mariguana es la droga con mayor número de incautaciones posicionándose en primer lugar, seguida por metanfetamina y en tercera posición cocaína.

Número de incautaciones y erradicación por tipo de drogas⁷⁹

Mariguana

En 2015 se registró la mayor cantidad de aseguramiento de mariguana con 1,296.2 toneladas, mientras que en los demás años de estudio se reportó una tendencia variable; no obstante, a partir de ese año se observa un decremento de 68.67% con respecto a 2017 al registrarse 406.8 toneladas (Figura 51).

**Figura 51. Incautación de mariguana en México
Período de enero-2012 a junio de 2018 (ton.)**



Fuente: Elabora la ONPD/CENAPI/CMI/FGR con datos del Sexto Informe de Gobierno (2018 cifras preliminares junio)

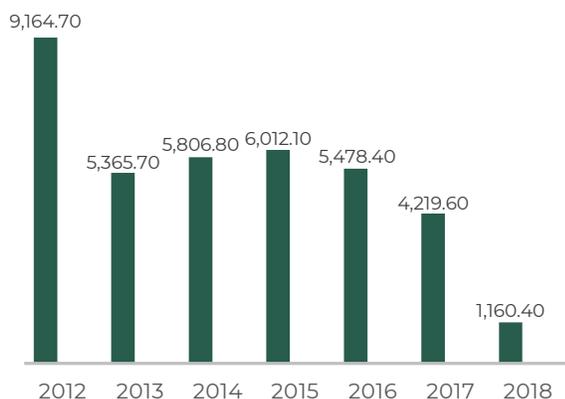
Erradicación de cultivos de mariguana

En el periodo de análisis, se puede observar una tendencia variable en lo que respecta a acciones de erradicación de mariguana; no obstante, destaca 2012 al concentrar 24.63% del total registrado, seguido de 2015 con 16.15%

https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5552123&fecha=07/03/2019

⁷⁹ Presidencia de la República, Sexto Informe de Gobierno 2017-2018 en: http://cdn.presidencia.gob.mx/sextoinforme/informe/6_IG_Anexo_Estadistico.pdf.

Figura 52. Erradicación de Cultivos Ilícitos de Marihuana (has)

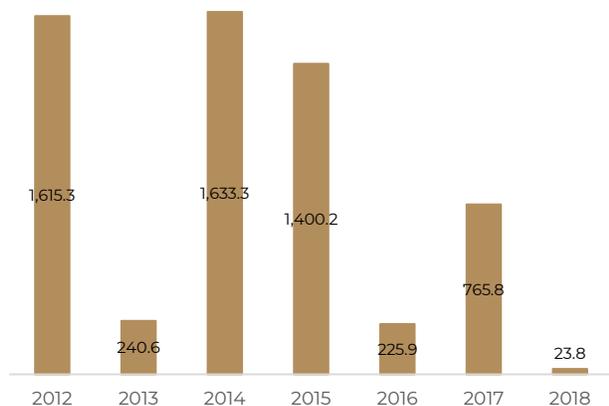


Fuente: *Elabora la ONPD/CENAPI/CMi/FGR con datos del Sexto Informe de Gobierno (2018 cifras preliminares junio)*

Goma de Opio

Respecto al aseguramiento de goma de opio en el periodo enero de 2012 a junio de 2018, se contabilizó un total de 5,904.9 kg; en este sentido, en el año 2014 se registró la mayor cantidad con 1,633.3 Kg equivalente a 27 % del total nacional decomisado; no obstante, las cifras reportadas de 2014 a 2017 muestran una variación porcentual de -53% destacando 2016 con el menor número.

Figura 53. Incautación de goma de opio en México de enero-2012 a junio de 2018 (kg.)



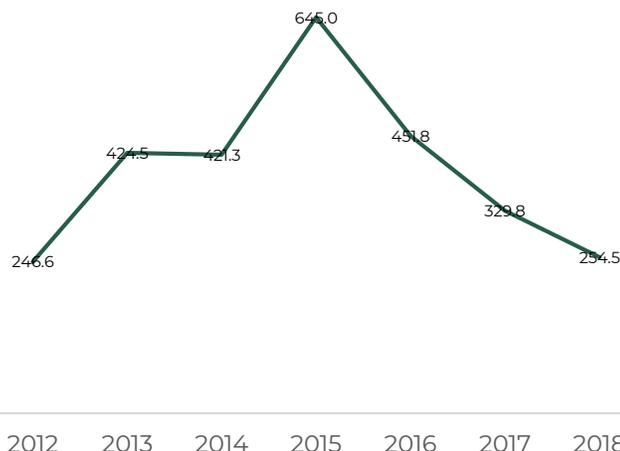
Fuente: *Elabora la ONPD/CENAPI/CMi/FGR con datos del Sexto Informe de Gobierno (2018 cifras preliminares junio)*

Heroína

Durante el periodo que comprende de enero de 2012 a junio de 2018, se han asegurado 2,773.3 kg de

heroína, sobresaliendo 2015 ya que se reportó el mayor aseguramiento con 645 kg, lo que representa el 23.25 % del total nacional y a partir de ese año se observa una tendencia en decremento.

Figura 54. Incautación de heroína en México de enero 2012 a junio de 2018 (kg.)

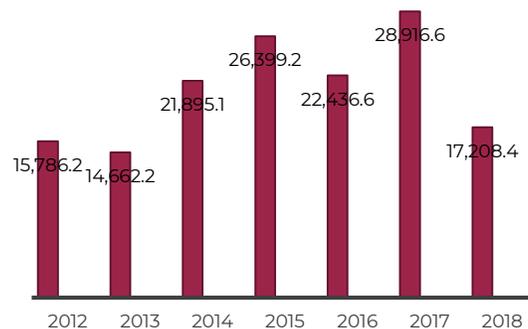


Fuente: *Elabora la ONPD/CENAPI/CMi/FGR con datos del Sexto Informe de Gobierno (2018 cifras preliminares junio)*

Erradicación de cultivos de amapola

En el periodo de análisis se puede observar una tendencia constante en los esfuerzos del gobierno mexicano para la erradicación de cultivos de amapola, no obstante, destaca 2017 con 28,916.6 hectáreas que representan el 19.6% del total nacional que es 147,304.3 hectáreas.

Figura 55. Erradicación de Cultivos de Amapola (has.)



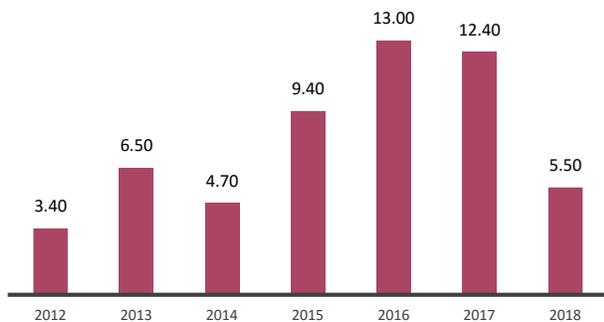
Fuente: *Elabora la ONPD/CENAPI/CMi/FGR con datos del Sexto Informe de Gobierno (2018 cifras preliminares junio)*

Cocaína

En lo que respecta a cocaína, en el periodo de análisis se reportó un total de 54.9 toneladas de cocaína;

asimismo, se puede observar una tendencia variable y en 2016, se registró la mayor cantidad de droga con 13 toneladas, equivalente al 24% del total contabilizado.

Figura 56. Incautación de cocaína en México de enero de 2012 a junio de 2017 (ton.)



Fuente: *Elabora la ONPD/CENAPI/CMI/FGR con datos del Sexto Informe de Gobierno (2018 cifras preliminares junio)*

Metanfetamina

En cuanto a las drogas sintéticas y precursores químicos, durante el periodo de estudio se decomisaron 123.56 kg y 52,844.98 Lt. de metanfetamina.⁸⁰

2. Origen de las drogas incautadas

De acuerdo con el Informe 2019 de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacentes (JIFE)⁸¹, Las organizaciones dedicadas a la delincuencia organizada transnacional siguen sirviéndose de Centroamérica y el Caribe para el transbordo de drogas procedentes de América del Sur hasta los principales mercados de drogas en los Estados Unidos y Europa.

Por su parte, el *Informe Mundial sobre las Drogas 2018*⁸², señala que, la mayor parte de la heroína y morfina que se trafica en el continente Americano es traficada hacia los Estados Unidos de América y en pequeñas cantidades proveniente desde Colombia y Guatemala.

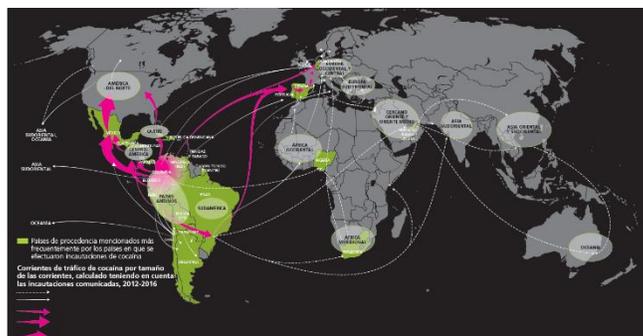
⁸⁰ Presidencia de la República, *Sexto Informe de Gobierno 2017-2018* en: http://cdn.presidencia.gob.mx/sextoinforme/informe/6_IG_INFOME_COMPLETO.pdf

⁸¹ JIFE, *Informe 2017*, Naciones Unidas, Viena 2018, <https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2017/>

Annual_Report/S_2017_AR_ebook.pdf, p.

75

Figura 57. Rutas de tráfico de drogas



Fuente: *Informe Mundial sobre las Drogas 2017, Book 3 "Market Analysis of plant-based drugs. Opiates cocaine, cannabis", p. 34*

El principal flujo de la cocaína proviene de los países andinos con destino a Norte América, particularmente de Colombia a los Estados Unidos que continúa siendo el principal país de destino de cocaína, según datos de la Administración para el Control de Drogas (DEA por sus siglas inglés) se muestra que el 92% de las muestras de cocaína analizadas en 2016 se originaron en Colombia el 6% en Perú.⁸³

3. País más reciente antes de la entrada a México de las drogas o precursores químicos incautados

En el mapa anterior se aprecia distintos canales de flujo en el tráfico de cocaína proveniente de Sudamérica, principalmente de los países de la región Andina para ser introducidas en México, siendo un país que los narcotraficantes emplean como medio de comunicación para el transporte y tráfico ilícito de drogas con destino final en los Estados Unidos de América.

En los últimos años, en varios países de la región se han detectado actividades de tráfico de precursores para la fabricación ilícita de drogas. Los precursores se transportaban de Guatemala y Belice a México.⁸⁴

4. Destino final de las drogas o precursores químicos incautados

El *Informe Mundial sobre las Drogas 2017* indica que, en los últimos años, en varios países de América Central y el Caribe se han detectado actividades de tráfico de precursores para la fabricación ilícita de drogas. En algunos casos, los precursores se destinaban a abastecer laboratorios clandestinos

⁸² UNODC, *Informe Mundial sobre las Drogas 2018, Book 3 Market Analysis of plant-based drugs. Opiates cocaine, cannabis*, https://www.unodc.org/wdr2017/field/Booklet_3_Plantbased.pdf, p.17

⁸³ UNODC, *Informe Mundial sobre las Drogas 2018, Book 3 Market Analysis of plant-based drugs. Opiates cocaine, cannabis*, https://www.unodc.org/wdr2017/field/Booklet_3_Plantbased.pdf, p.32.

⁸⁴ JIFE, *op. cit.*, p. 75.

locales en que se fabricaban cocaína o estimulantes de tipo anfetamínico. Asimismo, en el Informe de la JIFE señala que en otros casos, los precursores se transportaban de Guatemala y Belice con destino México.⁸⁵

5. Medios de transportación utilizada en el momento de la incautación

Según el Informe antes citado el tráfico de cocaína se realiza de Colombia a América Central y México mediante la utilización de barcos y embarcaciones semi-sumergibles,asimismo se ha identificado que una vez en México, el tráfico continúa vía terrestre, efectuado por grupos delictivos que buscan como destino los Estados Unidos de América.

6. Método de contrabando de drogas utilizado

México a través de la Coordinación de Métodos de Investigación de la FGR, integra la información del Esfuerzo Nacional de todas las dependencias que participan en acciones para la atención de delitos relacionados con las drogas y delitos conexos, permitiendo así la generación de estadísticas y el análisis de la tendencia delictiva en el país por medio de herramientas de posicionamiento geográfico. Por tanto, cuenta con información sobre aseguramiento de drogas, lo que ha permitido identificar rutas de operación, modus operandi y métodos de ocultamiento.

7. Otros bienes incautados en relación directa con las drogas

La incautación de diferentes bienes durante los operativos de control de drogas suele ser diversos. En la tabla 42 se muestran algunos de los más importantes.

Tabla 42. Incautaciones al narcotráfico a partir de operativos coordinados por las instituciones y dependencias involucradas

Concepto	1 dic 2012 – 30 jun 2018
Vehículos (unidades)	80,285
Terrestres	79,761
Aéreos	163
Marinos	361
Armas (unidades)	52,635
Cortas	22,563
Largas	30,984
Laboratorios desmantelados (unidades)	745
Pistas clandestinas destruidas	97

⁸⁵ JIFE, *op. cit.*, p. 79.

Fuente: Elabora la ONPD/CENAPI/CMI/FGR con datos del Sexto Informe de Gobierno

8. Precio por tipo de droga incautada en el mercado de distribución (precio por kilo)

De acuerdo con información de la Oficina Nacional de Políticas de Drogas de la Agencia de Investigación Criminal de la FGR, los precios estimados de droga por kilogramo son:

Tabla 43. Precios estimados de las drogas

Droga	Precio en dólares (Kg)
Cocaína	12,500
Marihuana	80
Heroína	35,000
Metanfetamina	14,514

Fuente: ONPD/CENAPI/CMI/FGR Nota: febrero 2016.⁸⁶

9. Precio de mercado de las drogas al menudeo

Referente a la venta de drogas al menudeo como la marihuana, cocaína, metanfetamina y heroína, en las cinco regiones geográficas del país (Noroeste, Noreste, Centro, Occidente y Sureste) sobresale que la droga con mayor costo en las calles a nivel nacional es la cocaína al registrar un promedio de \$141.50 pesos mexicanos, la metanfetamina que se ubica en segundo lugar con un costo promedio de \$ 104.67 pesos mexicanos, seguida de la marihuana con valor aproximado de \$79.00 pesos mexicanos, mientras que la droga más barata llega a ser la heroína con un valor de \$37.50 pesos mexicanos.

10. Pureza de las drogas

La Fiscalía General de la República a través de la Coordinación de Métodos de Investigación realiza el análisis de pureza de las muestras incautadas, con el fin de obtener perfiles químicos. En este sentido, la información obtenida permite:

- Fortalecimiento para el diseño e implementación de políticas públicas en la materia.
- Establecimiento de conexiones entre dos o más muestras (similitud de perfiles).
- Identificación de tendencias en la producción de las drogas incautadas.
- Detección de posibles rutas de síntesis que están siendo utilizadas en México.
- Generación de bases de datos de los perfiles propositivos interpretativos.

⁸⁶

<https://www.infomex.org.mx/gobiernofederal/moduloPublico/moduloPublico.action> (folio 0001700002216)

- Generación de información de inteligencia para identificar fuentes de distribución, rutas de tráfico y conexión entre aseguramientos.
 - Detección de precursores químicos y químicos esenciales, que son empleados en la síntesis.
 - Detección de posibles rutas de tráfico de precursores químicos y químicos esenciales en México y en el mundo.
 - Fortalecimiento para la capacitación al personal operativo que tiene contacto con este tipo de sustancias (durante el manejo, almacenaje y destrucción).
 - Fortalecimiento para el diseño de nuevas reformas a las listas de precursores químicos y químicos esenciales, contempladas la Ley Federal Para el Control de Precursores Químicos, Productos Químicos Esenciales y Máquinas Para Elaborar Cápsulas, Tabletas y/o Comprimidos.
- [nualReports/AR2018/Annual_Report/Annual_Report_2018_S.pdf](http://annualreports/ar2018/Annual_Report/Annual_Report_2018_S.pdf)
 - Presidencia de la República, *Sexto Informe de Gobierno 2017-2018 y Anexo Estadístico*, en: http://cdn.presidencia.gob.mx/sextoinforme/informe/6_IG_INFORME_COMPLETO.pdf
http://cdn.presidencia.gob.mx/sextoinforme/informe/6_IG_Anexo_Estadistico.pdf
 - UNODC (2017), *Informe Mundial de Drogas 2017 Book 3 Global Overview of drug demand and supply* Recuperado de https://www.unodc.org/wdr2017/field/Booklet_3_Plantbased.pdf
 - UNODC (2018), *Informe Mundial de Drogas 2018 Book 3 Global Overview of drug demand and supply* Recuperado de https://www.unodc.org/wdr2018/prelaunch/WDR18_Booklet_3_DRUG_MARKETS.pdf

11. Conclusiones y recomendaciones

El fenómeno de las drogas representa uno de los temas más relevantes para nuestro país, por tanto, se ha dirigido la atención hacia el desarrollo de acciones que impulsen el bienestar de las personas, favoreciendo su pleno desarrollo e inclusión.

En este contexto, el volumen reportado de drogas ilícitas incautadas como de otros bienes decomisados, representan el compromiso que tiene el Gobierno de México para atender de manera integral el fenómeno mundial de las drogas y sus delitos conexos. Por ello, continuará impulsando políticas públicas equilibradas, basadas en evidencia que favorezcan la focalización y la priorización de las acciones de gobierno orientadas a la atención de este fenómeno.

El Gobierno de México reafirma su compromiso para atender las causas derivadas de las drogas y sus consecuencias en la salud pública, con el diseño e implementación de acciones y programas siguiendo la lógica de integralidad y multidimensionalidad, que exige este escenario.

12. Fuentes y metodología

Respecto a la metodología utilizada para esta sección del informe, desde la Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC) se hizo una solicitud oficial a la Oficina Nacional de Políticas de Drogas de la Coordinación de Métodos de Investigación de adscrita a la Fiscalía General de la República; y se consultaron las siguientes fuentes de información:

- JIFE, *Informe 2018*, Naciones Unidas, Viena 2019, <https://www.incb.org/documents/Publications/A>

III. Delitos contra la salud

1. Población privada de su libertad en el Sistema Penitenciario Nacional

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Población Privada de su Libertad (ENPOL) 2016⁸⁷ que realizó el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) en 338 Centros Penitenciarios en el ámbito federal, estatal y municipal en el país ⁸⁸, dentro de los antecedentes sociales y familiares antes de los 15 años de edad:

- En el 32.8% de los casos sus padres o los adultos que los cuidaban consumían alcohol frecuentemente
- En el 55% de los casos estas figuras consumían drogas frecuentemente

Esta encuesta también identificó que 12.9% de la población reclusa con antecedentes penales, fue sentenciada por el delito de posesión ilegal de drogas la última vez que fue juzgada penalmente (segundo mayor porcentaje; el robo fue el que representó el porcentaje más alto con el 60% y en tercer lugar se ubicó la portación ilegal de armas con 9.7% de las sentencias).

En cuanto a los delitos por los cuales se encontraban en ese momento privados de su libertad:

- El 11.4% de los procesados y 6.5% de los sentenciados fueron por el delito de posesión ilegal de drogas; y
- El 5.9% de los procesados y el 3.2% de los sentenciados fueron por el delito de comercio ilegal de drogas.

Por su parte, el Diagnóstico Nacional de Supervisión Penitenciaria 2017 (DNSP) que presentó la Comisión Nacional de Derechos Humanos el pasado 2 de mayo, observa que en la mayoría de los centros federales, estatales y municipales visitados⁸⁹ no se cuenta con

⁸⁷ Cfr. <http://www.beta.inegi.org.mx/proyectos/encotras/enpol/2016/>

⁸⁸ La tasa nacional en 2016 era de 173 personas privadas de su libertad por cada 100 mil habitantes. En Estados Unidos de América la tasa era de 693 personas, en tanto que en Canadá fue de 114 personas.

⁸⁹ Para realizar este diagnóstico, visitaron un total de 198 centros varoniles, mixtos y femeniles; representan el 52.38% de los existentes en el país y al momento de las visitas contaban con una población de 186,829 personas, que constituye el 86.16% del total de la población penitenciaria nacional.

⁹⁰ Asamblea General, resolución 70/175, anexo, aprobado el 17 de diciembre de 2015. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el delito (UNODC)

⁹¹ "1...

2. Los servicios médicos se organizarán en estrecha vinculación con la administración del servicio de salud pública general y de un modo tal que se logre la continuidad exterior del tratamiento y la atención, incluso en lo que respecta al VIH, la tuberculosis y otras enfermedades infecciosas, y la drogodependencia."

algún programa para la prevención de adicciones y de desintoxicación voluntaria.

Lo anterior, va en sentido contrario a lo que establecen las Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos, conocidas comúnmente como *Reglas Nelson Mandela*⁹⁰, particularmente en lo que dictan los puntos 24⁹¹ y 30⁹².

2. Incidencia delictiva de acuerdo a la Ley General de Salud

El delito de narcomenudeo⁹³ que considera la Ley General de Salud sigue una tendencia similar a la baja; en 2012 se registraron 14 mil 331 delitos bajo esta ley y para 2017 sólo se contabilizaron 870 delitos.

Tabla 44. Incidencia delictiva de acuerdo a la Ley General de Salud (2012 – 2017)

Año	Narcomenudeo	Otros previstos
2012	14,331	1,581
2013	7,969	1,259
2014	5,490	853
2015	2,581	533
2016	1,147	285
2017	870	195
Total	32,388	4,706

Fuente: Reporte de incidencia delictiva del fuero federal por entidad federativa 2012 – 2018. Secretaría de Gobernación – Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad detenciones, marzo 2018.

3. Incidencia delictiva de acuerdo a la Ley Federal contra la Delincuencia Organizada

En lo que concierne a la Ley Federal Contra la Delincuencia Organizada (LFDO) los delitos contra la salud, la tendencia fue en decremento en el periodo de 2012 a 2017. Sobresale 2016 con el menor número de casos al reportar solo 12.

⁹² "Un médico u otro profesional de la salud competente, esté o no a las órdenes del médico, deberá ver a cada recluso, hablar con él y examinarlo tan pronto como sea posible tras su ingreso y, posteriormente, tan a menudo como sea necesario. Se procurará, en especial:

a)...

b)...

c) detectar todo indicio de estrés psicológico o de otra índole causado por la reclusión, incluidos el riesgo de suicidio o autolesión y el síndrome de abstinencia resultante del uso de drogas, medicamentos o alcohol, y aplicar todas las medidas o tratamientos individualizados que corresponda;

d)...

e)..."

⁹³ El narcomenudeo se define como la posesión, comercio, suministro o cualquier otra conducta que se realice con narcóticos previstos en la tabla de la Ley General de Salud, cuando la cantidad de que se trate sea inferior a la que resulte de multiplicar por mil el monto de las dosis señaladas como máximos del consumo personal, inmediato diario.

Fuente: Censo Nacional de Gobierno, Seguridad Pública y Sistema Penitenciario Estatales (2017)

Tabla 45. Incidencia delictiva de acuerdo a la Ley Federal contra Delincuencia Organizada (2012 – 2017)

Año	Contra la salud	Otros previstos
2012	77	2,193
2013	57	1,245
2014	22	1,277
2015	33	1,020
2016	12	625
2017	45	180
Total	246	6,540

Fuente: Reporte de incidencia delictiva del fuero federal por entidad federativa 2012 – 2018. Secretaría de Gobernación – Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública, marzo 2018.

4. Número de personas que ingresaron, egresaron y recluidas por delitos de narcomenudeo

De acuerdo con el Censo Nacional de Gobierno, Seguridad Pública y Sistema Penitenciario Estatales, de los 226 mil 599 presuntos delitos de fuero común que se cometieron en 2016, el 5.6% correspondió al delito de narcomenudeo (segundo delito más frecuente después del robo con 27%); estos fueron procesados en los 267 Centros Penitenciarios estatales y 55 Centros de Tratamientos o Internamientos para Adolescentes.⁹⁴

Respecto a los delitos de fuero federal, los tipificados como *delitos contra la salud relacionados con narcóticos* fue el segundo más alto con 24.8%, seguido por el *narcomenudeo* con el 14.1% (en primer lugar, se encuentran los delitos en materia de armas de fuego, explosivos y otros materiales destructivos con el 30.6%).

Tabla 46. Personas que ingresaron, egresaron y estuvieron recluidos en 2016

	Centros Penitenciarios	Ctros. Tx para Adolescentes
Ingresos (108 mil 870 personas)	104 mil 363 personas	4 mil 507 adolescentes
	14.3% por narcomenudeo	
Egresos (136 mil 620 personas)	130 mil 483 personas	6 mil 137 adolescentes
	12% por narcomenudeo	
Recluidas (190,175 personas)	188 mil 262 personas	Mil 913 adolescentes
	4.5% por narcomenudeo	

⁹⁴ Cfr.

<http://www.beta.inegi.org.mx/proyectos/censosgobierno/estatal/cngspspe/2017/>

Respecto a los delitos de fuero federal, los tipificados como *delitos contra la salud relacionados con narcóticos* fue el segundo más alto con 24.8%, seguido por el *narcomenudeo*

5. Conclusiones

A pesar de que el número de personas que se encuentran privadas de su libertad por delitos contra la salud han disminuido en los últimos años, aún existe desproporcionalidad en las penas que se imponen para este tipo de casos, lo que ha dado como resultado una sobresaturación del sistema judicial y penitenciario en el país, que afecta particularmente a algunos de los sectores de la población más desfavorecidos.

La posesión de drogas, su transporte y comercialización son las modalidades en las que se encuentra centrada la acción penal, las cuales, por lo general, involucran a los sectores más desfavorecidos de toda la cadena de producción y distribución. Además, la propia privación de la libertad, genera altos gastos tanto para la administración pública encargada del sistema penitenciario, judicial y policial, como para la economía en el hogar de quienes son detenidos y sus familiares, ya que un porcentaje importante de estas personas responden a un perfil caracterizado por ser jóvenes, padres o madres de familia y que tenían ingresos bajos.

Sería importante, en este sentido, revisar y establecer alternativas como sanciones no penales en los casos en los que el delito no corresponda a tráfico y posesión en altas cantidades, así como en condiciones que no existe agravantes de violencia social.

6. Fuentes y metodología

Respecto a la metodología utilizada para esta sección del informe, desde la Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC) se hizo una solicitud oficial a la Agencia de Investigación Criminal de la Procuraduría General de la República; y se consultaron las siguientes fuentes de información:

- Reporte de incidencia delictiva del fuero federal por entidad federativa 2012 – 2018. Secretaría de Gobernación – Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública, marzo 2018. Cfr. http://secretariadoejecutivo.gob.mx/docs/pdfs/fuero_federal/estadisticas%20fuero%20federal/Fuero_federal022018.pdf

con el 14.1% (en primer lugar se encuentran los delitos en materia de armas de fuego, explosivos y otros materiales destructivos con el 30.6%).

- Agencia de Investigación Criminal/Oficina Nacional de Políticas de Drogas con información del Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública (SESNSP), 2012-2017 http://secretariadoejecutivo.gob.mx/docs/pdfs/fuero_federal/estadisticas%20fuero%20federal/Fuero_federal022018.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Encuesta Nacional de Población Privada de su Libertad (ENPOL) 2016
- Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) Diagnóstico Nacional de Supervisión Penitenciaria 2017 (DNSP)
- Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley General de Salud, del Código Penal Federal y del Código Federal de Procedimientos Penales /DOF: 20-08-2009
http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5106093&fecha=20/08/2009

D. INVESTIGACIÓN

I. Investigación sobre drogas

Para conocer las principales investigaciones relacionadas con el consumo de drogas que se están llevando a cabo o que se han publicado recientemente, se consultó a dos instituciones del sector salud:

1. Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”

Reportó 26 investigaciones relacionadas con programas de intervención preventiva, poblaciones específicas como estudiantes o comunidades indígenas, conductas de riesgo y de fenómenos relacionados con algunas sustancias en específico, así como investigaciones básicas y farmacológicas. En el anexo 1 se puede consultar el nombre del proyecto de investigación, su objetivo y el estatus en que se encuentra. Por otra parte, durante 2018, el este instituto publicó 1 libro internacional, 2 capítulos de libros (Internacional y nacional) 7 capítulos para distintas libros y 16 artículos en revistas indexadas: 12 artículos internacionales y 4 artículos nacional (Ver anexo 2).

2. Centros de Integración Juvenil

Esta institución reportó que en 2017, concluyó 16 investigaciones relacionadas con la epidemiología del consumo de drogas de los pacientes atendidos, riesgos psicosociales, evaluación de los programas de los servicios de prevención y tratamiento que ofrece, así como evaluaciones vinculadas con factores específicos como comorbilidad, patología dual, violencia, prácticas sexuales asociadas al uso de sustancias y migración (Ver anexo 3). Además, publicó un libro y 5 artículos de diferentes investigaciones (Ver anexo 4).

3. Investigaciones apoyadas por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología

El Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) apoyó cinco investigaciones a través de los siguientes fondos (Ver anexo 5):

- 2 investigaciones con el Fondo Sectorial de Investigación para la Educación⁹⁵
- 2 Investigaciones con el Fondo Sectorial de Investigación en Salud y Seguridad Social⁹⁶

- 1 investigación con el Fondo de Cooperación Internacional en Ciencia y Tecnología (FONCICYT)⁹⁷

4. Conclusiones

Sin duda alguna, existen importantes retos en materia de investigación sobre drogas en nuestro país, si bien existe una importante tradición en el ámbito de levantamiento de encuestas nacionales para describir el fenómeno del consumo de drogas, es necesario implementar nuevas metodologías para caracterizar a los consumidores, su ambiente psicosocial y los servicios de salud a los que tienen acceso. Por otro lado, es necesario ampliar la comprensión de los contextos de consumo de drogas de baja prevalencia como la cocaína, los inhalables y las nuevas sustancias psicoactivas, al tiempo de detectar oportunamente amenazas emergentes como el consumo de metanfetaminas. En tanto haya más apoyo y se fortalezca la investigación primordial, se garantizarán mejores políticas públicas, fundamentadas en diagnósticos actualizados y en la mejor evidencia disponible.

⁹⁵ Información solicitada a través de la Plataforma Nacional de Transparencia del Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales, con el folio no. 1156500000918

⁹⁶ Información solicitada a través de la Plataforma Nacional de Transparencia del Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la

Información y Protección de Datos Personales, con el folio no. 1156100000418

⁹⁷ Información solicitada a través de la Plataforma Nacional de Transparencia del Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales, con el folio no. 1151200002518

E. ANEXOS

Anexo 1. Proyectos de investigación sobre drogas reportados por el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”

Nombre del proyecto	Objetivo	Estatus
Evaluación de un programa de educación preventiva: Museo de Ciencias. Prevención del uso y abuso de drogas en adolescentes	Evaluar el impacto de un Modelo de Prevención sobre la adquisición de conocimientos, la percepción de riesgo y las intenciones conductuales del consumo de drogas y su experimentación en adolescentes	Vigente
Mantenlo REAL en México. Ensayo clínico aleatorizado en múltiples escenarios	Adaptar y probar una intervención dirigida a estudiantes de secundaria, con enfoque de género y evaluar el papel de la exposición a la violencia en el uso de drogas y efectividad de una intervención	Vigente
Implicaciones de los sismos en la implementación del programa Mantente Real	Examinar el grado de estrés que los sismos pudieron generar en los jóvenes, como un potencial moderador de los efectos del programa Mantente REAL	Vigente
Encuesta Nacional de Adicciones en Población Escolar 2013-2014	Estimar la prevalencia del uso de drogas tanto médicas como no médicas, alcohol y tabaco a nivel nacional entre la población estudiantil de nivel medio y medio superior	Vigente
Surgimiento y propagación del uso de crack y conductas de riesgo relacionadas en la Ciudad de México	Conocer características de población específica de consumidores de crack, datos sociodemográficos, patrones y prácticas de uso de crack y de otras drogas, prácticas sexuales y conductas de riesgo.	Concluido
Prevalencia del consumo de sustancias a través de la prueba de detección del uso de alcohol, tabaco y drogas (ASSIST) e intervención breve QUIT, en centros de atención primaria de la salud Tijuana/Los Angeles: estudio binacional	Estimar la prevalencia del consumo de drogas en adultos que asisten a centros de atención primaria de la salud en Tijuana, México, y probar la factibilidad del QUIT como estrategia de intervención	Vigente
Interviniendo muros de salud con usuarios de crack en la Ciudad de México	Evaluar propuesta de intervención en salud y consumo de crack, propiciar búsqueda de servicios de atención para la salud en conductas sexuales de alto riesgo, VIH enfermedades de transmisión sexual	Concluido
Prevención y manejo del trastorno por uso de alcohol (TCA) y depresión comórbida en centros de atención primaria a la salud (APS) en países de ingreso medio en América Latina	Llevar a cabo un estudio cuasiexperimental que comparará dos grupos, uno experimental y otro control, la implementación de un modelo de detección temprana para la prevención y el manejo del trastorno por uso de alcohol (AUD) y su comorbilidad con depresión en Centros de Salud de Atención Primaria, en la Ciudad de México .	Vigente
Uso de drogas intravenosas y prácticas sexuales de riesgo para VIH/SIDA y otras ITS	Analizar, comprender experiencias, creencias y significados que los usuarios otorgan al consumo de heroína, cocaína inyectadas y prácticas sexuales que pudiesen ponerlos en riesgo	Vigente
Encuesta Nacional de Adicciones 2016	Obtener prevalencias de consumo de tabaco, alcohol y drogas médicas, usadas fuera de prescripción, e ilegales en la población general	Vigente
Encuesta Nacional de Adicciones 2011	Obtener prevalencias de consumo de tabaco, alcohol y drogas médicas, usadas fuera de prescripción, e ilegales en la población general	Abierto para publicaciones
Evaluación de un modelo escolar para la prevención integral de conductas de riesgo en escolares a partir del desarrollo de habilidades sociales y de prácticas de parentalidad positiva en niños y sus cuidadores	Evaluar efectividad del modelo Huellitas CAPAS mx en niños de segundo, cuarto y quinto grado de primaria para disminución y prevención de conductas de riesgo en niños y disminuir el estrés	Vigente
Diagnóstico sobre el consumo de heroína en la frontera de México con Estados Unidos. Dimensión y contexto	Conocer la dimensión y el contexto del consumo de heroína en la frontera de México con Estados Unidos	Vigente
Epidemiología del consumo de alcohol y sus problemas en el contexto fronterizo y no fronterizo. Análisis secundario de áreas de riesgo.	Realizar análisis secundario de áreas de riesgo acerca del consumo de alcohol, drogas, así como trastornos por consumo de alcohol en contexto de la frontera México Estados Unidos, comparado con un contexto no fronterizo en ambos países	Vigente
Estudio sobre patrones de consumo de sustancias psicoactivas en población indígena y grupos originarios de la Ciudad de México	Identificar de riesgo de consumo de alcohol de hombres y mujeres, adolescentes y adultos, de cinco grupos indígenas residentes en el Distrito Federal: Nahuas, Totonacas, Mixtecos, zapotecos y otomíes	Vigente

Proyecto Universitario para alumnos saludables PUERTAS	Mejorar la predicción del comportamiento suicida y problemas por consumo de sustancias en universitarios canalizarlos a servicios presenciales de la universidad y a programas de intervención en línea	Vigente
Sistema de Reporte de Información en Drogas Mediciones Actualizadas	Recopilar, procesar, analizar y poner a disposición la información diagnóstica de tipo estadística sobre el consumo de drogas y los problemas asociados	Vigente
De la ciencia a la prevención de adicciones en niños de educación básica. Versión itinerante del Centro Interactivo Ámbar	Evaluar la estrategia itinerante a partir de la adaptación del Modelo Centro Interactivo Ámbar, con niños y adolescentes que asistan como parte de una visita escolar al Museo de ciencias Universum	Vigente
Formación de Redes de Orientadores basada en Modelos exitosos de intervención comunitaria. Seguimiento	Diseminar modelos de intervención, basados en la evidencia, que han seguido un proceso de traslación del conocimiento, para apoyar la atención de problemas de adicciones y salud mental	Vigente
Dejando huellitas en tu vida. Intervención para la prevención en consumo de drogas y problemas de la salud mental con niños. Modelo de evaluación en 5to. y 6to. grado de primaria	Diseñar, adecuar y evaluar los contenidos de prevención del programa Dejando Huellitas en tu vida, para niños de 5o y 6o grado de primaria	Vigente
Evaluación de un modelo de intervención para prevención de adicciones en jóvenes a través de la aplicación móvil Qué pasa si te pasas	Evaluar la efectividad de la aplicación móvil, para prevención de consumo de sustancias psicoactivas en jóvenes	Vigente
Intervención en línea para abuso de sustancias y depresión	Desarrollar y evaluar la eficacia de un programa de intervención para reducción del consumo de sustancias psicoactivas y la sintomatología depresiva con la participación de un orientador	Vigente
Diseminación de un programa en línea para disminuir el uso de drogas y la depresión. Una propuesta de transferencia tecnológica.	Desarrollar un programa de transferencia tecnológica para favorecer la adopción del programa de ayuda para abuso de drogas y depresión PAADD.	Vigente
Efectividad de la versión revisada de beber menos. Una intervención de auto ayuda en línea para reducir el consumo perjudicial y daño de alcohol. Un ensayo controlado aleatorizado transnacional	Probar la eficacia de la versión revisada del programa de auto-ayuda en línea Beber Menos para reducir el consumo de alcohol, en sus cuatro versiones en idiomas adicionales en un Ensayo Controlado Aleatorizado con dos grupos 1. grupo de intervención y 2. grupo control	Vigente
Priorizando las variables para evaluar la eficacia y efectividad de las intervenciones breves para consumo de alcohol: Un perspectiva latinoamericana	Crear un conjunto de resultados principales que deben medirse en cada prueba o evaluación de una intervención breve para el consumo de alcohol.	Vigente
Análisis secundario de base de datos sobre las consecuencias en la salud mental de la violencia que viven las trabajadoras sexuales	Analizar la base de datos del proyecto Consumo de drogas en mujeres dedicadas a la prostitución y su relación entre consumo de sustancias y estrés postraumático en mujeres dedicadas a la prostitución	Vigente

Anexo 2. Capítulos de libros y artículos publicados en revistas por el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”

Libros Internacionales

Babor T, Caulkins J, Fischer B, Foxcroft D, Humphreys K, Medina-Mora ME, Obot I, Rehm J, Reuter P, Room R, Rossow I, and Strang J.(2018). Drug policy and the public good. 2nd. Ed., Reino Unido : Oxford University Press, 382p

Capítulo de Libro Internacional

Tovilla CA, Robles R, Fresán A, González TB, Hernández Y, López L, and Juárez IE. (2018). The influence of demographic features, substance use and psychiatric disorders in the overt manifestation of impulsivity: Does gender matter? Braddon C. Understanding impulsive behavior. Assessment, influences and gender differences. Estados Unidos : Psychology of emotions, motivations and actions, pp. 143-162.

Capítulo de Libro Nacional

González-Forteza C and Jiménez JA. (2018). Suicidio y masculinidad. Guadarrama R (Comp.) and Torres N (Comp.). Salud mental y conductas de riesgo en el adolescente. México: UAEM.(Ciencias de la Conducta), pp.109-119.

Artículos Internacionales

Beletsky L, Baker P, Arredondo J, Emuka A, Goodman D, Medina-Mora ME, Werb D, Davidson P, Amon JJ, Strathdee S, and Magis C.(2018). The global health and equity imperative for safe consumption facilities. *Lancet* 392(10147), 553-554

Benjet C, Menendez D, Albor Y, Borges G, Orozco R, and Medina-Mora ME.(2018). Adolescent predictors of incidence and persistence of suicide-related outcomes in young adulthood: a longitudinal study of Mexican youth. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 48(6), 755-766, Wiley Online Library.

Cía AH, Stagnaro JC, Aguilar-Gaxiola S, Vommaro H, Loera G, Medina-Mora ME, Sustas S, Benjet C, and Kessler RC.(2018). Lifetime prevalence and age-of-onset of mental disorders in adults from the Argentinean Study of Mental Health Epidemiology. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 53(4), 341-350, Springer.

Degenhardt L, Saha S, Lim CCW, Aguilar-Gaxiola S, Hamzawi AA, Altamirano MB, Andrade LH, Bromet EJ, Bruffaerts R, Caldas de Almeida JM, De Girolamo G, Florescu S, Cureje O, Haro JM, Karam EG, Karam G, Kovess-Masfety V, Lee S, Lepine JP, Makanjuola V, Medina-Mora ME, Mneimneh Z, Navarro F, Piazza M, Posada-Villa J, Sampson NA, Scott KM, Stagnaro JC, Ten Have M, Kendler KS, Kessler RC, McGrath JJ, and On behalf of the WHO World Mental Health Survey Collaborators.(2018). The associations between psychotic experiences and substance use and substance use disorders: Findings from the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Addiction* 113(5), 924-934

GBD 2016 Alcohol Collaborators, Borges G, and Gutiérrez RA.(2018). Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet* 392(10152), 1015-1035

Goodman D, Medina-Mora ME, Magis C, Landovitz RJ, Shoptaw S, and Werb D.(2018). Where is the opioid use epidemic in Mexico? A cautionary tale for policymakers south of the US–Mexico Border. *American Journal of Public Health* -(), e1-e10, American Public Health Association.

Marín R, Toledo A, Villalobos L, Pérez-López A, and Medina-Mora ME.(2018). Neuropsychiatric characterization of individuals with inhalant use disorder and polysubstance use according to latent profiles of executive functioning. *Drug and Alcohol Dependence* 190(1), 104-111,

Rafful C, Melo J, Medina-Mora ME, Rangel G, Sun X, Jain S, and Werb D.(2018). Cross-border migration and initiation of others into drug injecting in Tijuana, Mexico. *Drug and Alcohol Review* 37(Suppl. 1), S277-S284

Resendiz E, Bustos MN, Mujica R, Soto IS, Cañas V, Fleiz C, Gutiérrez ML, Amador N, Medina-Mora ME, and Villatoro J.(2018). National trends in alcohol consumption in Mexico: results of the National Survey on Drug, Alcohol and Tobacco Consumption 2016-2017. *Salud Mental* 41(1), 7-15

Schaub MP, Tiburcio M, Martínez NA, Ambekar A, Balhara YPS, Wenger A, Monezi AL, Paduchny D, Osipchik S, Gehring E, Poznyak V, Rekve D, Oliveira ML, and WHO e-Health Project on Alcohol and Health Investigators Group.(2018). Alcohol e-Help: study protocol for a web-based self-help program to reduce alcohol use in adults with drinking patterns considered harmful, hazardous or suggestive of dependence in middle-income countries. *Addiction* 113(2), 346-352

Tiburcio M, Lara MA, Martínez NA, Fernández M, and Aguilar A.(2018). Web-based intervention to reduce substance abuse and depression: a three arm randomized trial in Mexico. *Substance Use and Misuse* 53(13), 2220-2231

Villalobos L, Medina-Mora ME, Benjet C, Ruiz S, Magis C, and Marín R.(2018). Multidimensional patterns of sexual risk behavior and psychiatric disorders in men with substance use disorders. *Archives of Sexual Behavior* -(), 1-9.

Artículos Nacionales

Borges G, Zemore SE, Orozco R, Cherpitel C, Martínez P, and Wallisch L.(2018). Drug use on both sides of the US-Mexico border. *Salud Pública de México* 60(4), 451-461

Mendoza SA, Moreno M, and Ramos L.(2018). Eventos potencialmente traumáticos y sintomatología postraumática asociada con el consumo de alcohol en hombres y mujeres estudiantes de bachillerato. *Revista Internacional de Investigación en Adicciones* 4(1), 12-24

Montero FA, Cruz AA, Tiburcio M, and García-González J.(2018). Percepción de estudiantes de bachillerato sobre contenidos relacionados con el consumo de alcohol y marihuana en las redes sociales. *Ciencia UAT* 13(1), 50-64

Villatoro J, Resendiz E, Bustos MN, Mujica AR, Medina-Mora ME, Cañas V, Soto IS, Fleiz C, and Romero M.(2018). Magnitude and extent of gambling disorder in the Mexican population. *Salud Mental* 41(4), 1-11

Anexo 3. Proyectos de investigación sobre drogas reportados por Centros de Integración Juvenil

Estudio	Tipo de estudio	Resultados
Sistema de Información Epidemiológica del Consumo de Drogas. Segundo semestre de 2016	Análisis de datos de expediente de solicitantes de tratamiento en CIJ	Las drogas ilícitas de mayor consumo fueron cannabis, cocaína, inhalables y metanfetaminas
Diagnóstico de riesgos macrosociales del consumo de drogas en municipios de la República Mexicana	Análisis de indicadores sociodemográficos, epidemiológicos y de inseguridad.	Se identificaron 64 municipios de más de 50 mil habitantes con un alto riesgo para el consumo de drogas
Evaluación de diseño del Programa de Mantenimiento con Metadona	Evaluación documental	El programa se apega a recomendaciones internacionales
Evaluación de resultados de una intervención narrativa para la reintegración social de usuarios de drogas	Ensayo clínico aleatorizado	Mejoría significativa en la comprensión de la problemática y del proceso de tratamiento
Sistema de Información Epidemiológica del Consumo de Drogas. Primer semestre de 2017	Análisis de datos de expediente de solicitantes de tratamiento en CIJ	Las drogas ilícitas de mayor uso fueron cannabis, cocaína, metanfetaminas e inhalables
Correlatos del uso de drogas y la violencia en el medio escolar, Validación de instrumento	Encuesta para validación de escala	Se arribó a una solución de 33 reactivos agrupados en 4 factores con una adecuada confiabilidad
Estudio cualitativo de prácticas sexuales asociadas al uso de sustancias narradas por hombres en tratamiento	Estudio cualitativo	Se identificó la potencialización de la sexualidad con predominio de estereotipos de masculinidad
Evaluación del Programa Preventivo. Primera fase	Estudio longitudinal	Se realizó levantamiento de línea base
Consumo de drogas y factores asociados en una muestra de adultos mayores que solicitan tratamiento en Centros de Integración Juvenil	Encuesta transversal	Menores condiciones de salud y de ajuste psicosocial en usuarios de tabaco
Uso de sustancias en migrantes en retorno	Estudio cualitativo	Problemas psicológicos y de salud asociados a la deportación
Evaluación del Programa de Tratamiento Hospitalario	Encuesta longitudinal	Disminución significativa del consumo de sustancias en el último mes.
Evaluación del Programa de Tratamiento en Consulta Externa	Encuesta longitudinal	Mejoría en la capacidad de ajuste psicosocial y disminución del consumo de sustancias.
Comorbilidad médica asociada al abuso y dependencia de alcohol	Revisión documental	Predominio de condiciones médicas coocurrentes que afectan a los sistemas nervioso central, cardiometabólico y gastrointestinal.
Diagnóstico de patología dual en usuarios de drogas en tratamiento	Encuesta transversal	Trastornos más frecuentes: trastorno por déficit de atención, trastorno antisocial y trastorno depresivo.
Patrón de consumo y factores actitudinales asociados en usuarios de cannabis solicitantes de tratamiento	Encuesta y valoración clínica de usuarios de marihuana en tratamiento en CIJ	Se identificó daño moderado a severo en la función respiratoria de la mayoría de los casos evaluados.
Estudio longitudinal retrospectivo de factores asociados al uso de drogas entre estudiantes de la UNAM	Análisis de datos de examen médico de la UNAM	Predictores identificados del uso de drogas: uso de drogas en amigos, presión en situaciones recreativas, depresión

Anexo 4. Publicaciones de Centros de Integración Juvenil

Artículos científicos:

Rodríguez Kuri, S. E., Pérez Islas, V., & Fernández Cáceres, C. (2017). Inserción social de mujeres que finalizaron un tratamiento residencial por uso de drogas. *Salud y drogas*, 17(2), 45-56.

Díaz-Negrete, D., & Rodríguez-Kuri, S., & Gutiérrez-Lopez, A., & Sánchez-Huesca, R., & Fernández-Cáceres, C. (2017). Trends and patterns of marijuana use in men and women seeking drug treatment. *Salud Mental*, 40 (3), 103-109.

García Aurrecochea VR, Alba Robles JL, Rodríguez Kuri SE, Fernández Cáceres C. (2017) Substance Abuse Disorder and Antisocial Behavior in Mexican Patients: Are the Stimulant Users More Violent Than Other Type of Drug Users?. *J Subst Abuse Alcohol* 5(2): 1058.

Zapata-Téllez, J. (2017). Cognición social en el abuso de sustancias. Una revisión narrativa. *Revista Internacional de Investigación en Adicciones* 3(1), 45-60.

López-Granados, L.M. & Cruz-Cortés, C. de J. (2017) Factores psicosociales y demográficos vinculados al uso de sustancias psicoactivas en mujeres durante el embarazo. Una revisión Narrativa. *Revista Internacional de Investigación en Adicciones* 3(2), 45-56.

Libro:

Estudios del consumo de drogas con perspectiva de género. Centros de Integración Juvenil (ed.), México, 2017.

Anexo 5. Investigaciones apoyadas por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT)

Nombre	Objetivos / Descripción	Institución	Monto apoyado
El sistema opioide endógeno como mediador de las acciones del alcohol en el cerebro: Papel en el reforzamiento y la dependencia a la droga.	El objetivo de este proyecto es investigar la participación de los péptidos opioídeos Met-enk y β end en los mecanismos de dependencia al alcohol en áreas de los circuitos de reforzamiento de la rata, utilizando la sensibilización conductual como modelo experimental. Para llevar a cabo este proyecto, se plantearon los siguientes objetivos específicos: 1. Estudiar los efectos de la administración repetida de alcohol sobre la actividad motora en ratas Wistar. 2. Estudiar las respuestas motoras a la administración de una dosis reto de alcohol en ratas tratadas de manera repetida y privadas de la droga (sensibilización conductual). 3. Estudiar los efectos de la administración de antagonistas (no-selectivos y selectivos), así como de agonistas de receptores opioídeos m y d sobre la actividad motora en ratas sensibilizadas al alcohol. y 4. Estudiar los efectos del etanol sobre la transmisión de Met-enk y β -end en distintas regiones cerebrales de ratas Wistar sensibilizadas a la droga.	INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMON DE LA FUENTE MUÑIZ	\$2,000,000.00
Conducta Sexual, opioides y neurogenesis	El objetivo general de la propuesta es evaluar el papel de los opioides en la conducta sexual en la rata macho y hembra. Para ello desarrollaremos 2 objetivos. En el primero evaluaremos si la copula regulada en la rata macho y en la hembra produce un incremento en los receptores a opioides tipo mu en áreas importantes en el control de la conducta sexual. En el segundo objetivo evaluaremos si el incremento en neurogénesis inducido por la copula regulada en machos y hembras esta mediado por opioides	UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO	\$1,500,000.00

Investigaciones financiadas por el Fondo Sectorial de Investigación en Salud y Seguridad Social de CONACYT

Nombre	Objetivos / Descripción	Institución	Monto apoyado
Cambios en la estructura y conectividad funcional cerebrales relacionados a la mejoría clínica en pacientes con adicción a la cocaína después de un tratamiento con estimulación magnética transcraneal.	Determinar con los resultados del análisis de conectividad funcional individual, las áreas cerebrales diana para estimulación magnética transcraneal con mejor respuesta con este tratamiento, y evaluar los cambios neuroanatómicos y de conectividad funcional relacionados a la mejoría clínica en pacientes adictos a la cocaína a los 6 y 12 meses de tratamiento, con el fin de encontrar biomarcadores de neuroimagen de mejoría clínica.	INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA "RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ"	\$750,000.00
Inestabilidad genómica y daño al DNA en usuarios de marihuana de la Ciudad de México. Efecto de la cesación y riesgo a cáncer.	Tiene como objetivos generales: 1) Identificar en usuarios de marihuana de la Ciudad de México la presencia de datos de inestabilidad genómica relacionadas a cáncer (alteraciones cromosómicas y en las vías de reparación de DNA); y, 2) Establecer estrategias efectivas de cesamiento de consumo de sustancias ilícitas en la población usuaria de la Ciudad de México Sus objetivos específicos: 1) Identificar el perfil epidemiológico de los usuarios de marihuana sola y combinada en la Ciudad de México; 2) Determinar por tiempo e intensidad de consumo, la presencia inestabilidad genómica relacionada a cáncer; 3) Identificar los factores psicopatológicos y socioculturales asociados a la adherencia terapéutica en consumidores de sustancias ilícitas; 4) Definir las estrategias de cesamiento del uso de sustancias ilícitas, adaptadas socioculturalmente a las necesidades de los consumidores; y, 5) Desarrollo e implementación de una cohorte prospectiva de consumidores de marihuana que nos permita obtener datos epidemiológicos, clínicos y moleculares que permitan la generación de un modelo de riesgo para cáncer así como la definición de estrategias de rehabilitación de la población usuaria.	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA	\$1,253,844.00

Investigaciones financiadas por el Fondo de Cooperación Internacional en Ciencia y Tecnología de CONACYT

Nombre	Objetivos / Descripción	Institución	Monto apoyado
Examining Illicit Drug Flows	Su objetivo es desarrollar la comprensión acerca del comercio de drogas más allá de un solo país o casos específicos. La falta de datos disponibles sobre los mercados ilícitos a menudo limitan el análisis empírico que los académicos y actores políticos pueden proporcionar, esta colaboración proporciona el primer conjunto de datos de dominio público de las incautaciones ilícitas de drogas en esta región elaborados a partir de artículos de periódico. Además el análisis evalúa empíricamente los conocimientos convencionales sobre los posibles vínculos entre el tráfico de drogas y otros mercados ilícitos.	CENTRO DE INVESTIGACIONES Y DOCENCIA ECONÓMICA AC	\$94,135.00

Índice de Tablas

- Tabla 1. Indicadores demográficos
- Tabla 2. Gasto en reducción de la demanda de drogas 2017
- Tabla 3. Gasto en reducción de la oferta de drogas 2017
- Tabla 4. Consumo cualquier droga alguna vez en la vida, encuestas 2011 y 2016
- Tabla 5. Consumo cualquier droga alguna vez en la vida por rangos de edad, 2016
- Tabla 6. Consumo de cualquier droga en el último año, comparativo encuestas 2011 y 2016
- Tabla 7. Consumo cualquier droga en el último año por rangos de edad, 2016
- Tabla 8. Consumo de cualquier droga en el último mes, comparativo entre encuestas 2011 y 2016.
- Tabla 9. Consumo de cualquier droga en el último mes, en 2016. Población por sexo y rangos de edad
- Tabla 10. Dependencia de drogas en la población de 12 a 65 años, 2016
- Tabla 11. Delitos de mayor incidencia entre los adolescentes en Centros de Tratamiento Interno
- Tabla 12. Motivos de ingreso en los Centros de Tratamiento Interno para Adolescentes, 2017.
- Tabla 13. Detección de casos con consumo de Fentanilo (2015-2016).
- Tabla 14. Programas preventivos en 2004
- Tabla 15. Programas preventivos en 2015
- Tabla 16. Actividades preventivas en los CAPA, 2018
- Tabla 17. Talleres y sesiones informativas en los CAPA, 2018
- Tabla 18. Cursos de formación de multiplicadores en materia de prevención del delito y la farmacodependencia, FGR
- Tabla 19. Conferencias y sesiones informativas de prevención del delito y la farmacodependencia en instituciones educativas públicas y privadas de nivel básico, medio y superior, PGR
- Tabla 20. Red de unidades ambulatorias para el tratamiento de las adicciones
- Tabla 21. Número de personas atendidas en el 2018 en los CAPA
- Tabla 22. Unidades residenciales públicas de Atención al Consumo de Sustancias Psicoactivas
- Tabla 23. Unidades de hospitalización de Centros de Integración Juvenil
- Tabla 24. Duración del internamiento en las unidades residenciales privadas registradas por la Secretaría de Salud
- Tabla 25. Principales drogas de impacto que generaron solicitud al tratamiento
- Tabla 26. Principales drogas de impacto y vías de administración
- Tabla 27. Servicios de consulta externa para la Atención al Consumo de Sustancias Psicoactivas
- Tabla 28. Modelos de tratamiento en hospitalización en unidades de CIJ
- Tabla 29. Modelos de Tratamiento en unidades de internamiento residencial / Establecimientos Privados
- Tabla 30. Número de establecimientos por tipo de dictamen
- Tabla 31. Defunciones por trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas, 2017
- Tabla 32. Otras causas de muerte no asociadas directamente con el consumo de drogas, 2017
- Tabla 33. Otras causas de muerte no asociadas directamente con el consumo de alcohol, 2017

Tabla 34. Otras causas de muerte asociadas al consumo de drogas, sustancias confirmadas, 2017

Tabla 35. Distribución por edad de los pacientes atendidos en urgencias por trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de distintas drogas, 2017

Tabla 36. Porcentaje de pacientes atendidos en urgencias por trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de drogas antes de los 20 y 30 años de edad, 2017

Tabla 37. Motivo de consulta a servicios de urgencias hospitalarias de quienes se confirmó que habían utilizado previamente alguna droga, 2018

Tabla 38. Patología previa al ingreso a los servicios de urgencias hospitalarias de quienes ingresaron bajo los efectos de alguna droga, 2018

Tabla 39. Estimación de personas que se inyectan drogas (PID) con VIH

Tabla 40. Estados fronterizos con servicios especializados en VIH, sida e ITS

Tabla 41. Drogas incautadas del 1 de diciembre de-2012 al 30 de junio de2017 en México

Tabla 42. Incautaciones al narcotráfico a partir de operativos coordinados por las instituciones y dependencias involucradas

Tabla 43. Precio estimado de las drogas

Tabla 44. Incidencia delictiva de acuerdo a la Ley General de Salud (2012 – 2017)

Tabla 45. Incidencia delictiva de acuerdo a la Ley Federal contra Delincuencia Organizada (2012 – 2017)

Tabla 46. Personas que ingresaron, egresaron y estuvieron reclusos en 2016

Índice de Figuras

- Figura 1. Tendencia de consumo alguna vez en la vida de cualquier droga de 2002 a 2016. Población de 12 a 65 años por sexo.
- Figura 2. Tendencia de consumo alguna vez en la vida de drogas ilegales de 2002 a 2016. Población de 12 a 65 años por sexo.
- Figura 3. Tendencia de consumo último año de drogas ilegales de 2002 a 2016. Población de 12 a 65 años por sexo.
- Figura 4. Tendencia de consumo último año de drogas ilegales de 2002 a 2016. Población adolescente de 12 a 17 años por sexo.
- Figura 5. Prevalencias en el consumo de drogas ilegales Estudiantes de 5° y 6° de primaria
- Figura 6. Prevalencias en el consumo de cualquier droga en hombres y mujeres, alguna vez en la vida Estudiantes de secundaria y bachillerato
- Figura 7. Prevalencias en el consumo de drogas ilegales en hombres y mujeres Estudiantes de secundaria y bachillerato
- Figura 8. Prevalencias en el consumo de drogas ilegales alguna vez en la vida en hombres y mujeres Incremento por nivel educativo
- Figura 9. Tendencia de consumo alguna vez en la vida de marihuana de 2002 a 2016. Población de 12 a 65 años por sexo.
- Figura 10. Tendencia de consumo alguna vez en la vida de marihuana de 2002 a 2016. Población adolescente de 12 a 17 años por sexo.
- Figura 11. Tendencia de consumo último año de marihuana de 2002 a 2016. Población de 12 a 65 años por sexo.
- Figura 12. Tendencia de consumo último año de marihuana de 2002 a 2016. Población adolescente de 12 a 17 años por sexo.
- Figura 13. Tendencia de consumo alguna vez en la vida de cocaína de 2002 a 2016. Población de 12 a 65 años por sexo.
- Figura 14. Tendencia de consumo alguna vez en la vida de cocaína de 2002 a 2016. Población adolescente de 12 a 17 años por sexo.
- Figura 15. Tendencia de consumo en el último año de cocaína de 2002 a 2016. Población de 12 a 65 años por sexo.
- Figura 16. Tendencia de consumo en el último año de cocaína de 2002 a 2016. Población adolescente de 12 a 17 años por sexo.
- Figura 17. Tendencia de consumo alguna vez de heroína de 2008 a 2016. Población de 12 a 65 años por sexo.
- Figura 18. Tendencia de consumo alguna vez de estimulantes tipo anfetamínico de 2002 a 2016. Población de 12 a 65 años por sexo.
- Figura 19. Tendencia de consumo alguna vez de drogas médicas de 2008 a 2016. Población de 12 a 65 años por sexo.
- Figura 20. Tendencia de consumo último año de drogas médicas de 2008 a 2016. Población de 12 a 65 años por sexo.
- Figura 21. Media de edad de inicio del consumo de drogas. Población de 12 a 65 años
- Figura 22. Edad de inicio del consumo de drogas. Estudiantes de primaria y estudiantes de secundaria/bachillerato
- Figura 23. Porcentaje de la edad de inicio del consumo de drogas en adolescentes en Centros de Tratamiento Interno
- Figura 24. Drogas de mayor consumo en adolescentes en Centros de Tratamiento Interno
- Figura 25. Porcentaje del tipo de droga de inicio en adolescentes que se encuentran en Centros de Tratamiento Interno
- Figura 26. Droga de inicio según sexo de los en adolescentes que se encuentran en Centros de Tratamiento Interno
- Figura 27. Droga de inicio según el grupo etario de los adolescentes que se encuentran en Centros de Tratamiento Interno
- Figura 28. Porcentaje de las principales drogas consumidas previo a la comisión del delito por el cual los adolescentes se encuentran internados.
- Figura 29. Número de personas atendidas por niveles de prevención de CIJ o por rangos de edad
- Figura 30. Personas atendidas de acuerdo con el contexto de intervención en programas de prevención de CIJ
- Figura 31. Unidades de atención para personas con el tratamiento del consumo de sustancias psicoactivas

- Figura 32. Principales drogas de consumo en solicitantes a tratamiento en UNEME CAPA, 2018
- Figura 33. Porcentaje de las drogas de impacto en los solicitantes a tratamiento en UNEME CAPA (2013-2018)
- Figura 34. Porcentaje de las drogas de impacto en los solicitantes a tratamiento en UNEME CAPA (2018)
- Figura 35. Porcentaje de la distribución de droga de impacto por grupos etarios en UNEME CAPA (2018)
- Figura 36. Porcentaje de la edad de los solicitantes de tratamiento y edad de inicio del consumo de drogas en CIJ
- Figura 37. Porcentaje de las drogas ilícitas de inicio del consumo de drogas en solicitantes a tratamiento en CIJ
- Figura 38. Prevalencias en el consumo de drogas en solicitantes a tratamiento en CIJ
- Figura 39. Principales drogas de mayor impacto en solicitantes a tratamiento en CIJ
- Figura 40. Porcentaje del tipo de consumo en solicitantes a tratamiento en CIJ
- Figura 41. Distribución de la población por grupo de edad y sexo. Centros de Tratamiento No Gubernamentales, 2018
- Figura 42. Droga de inicio y droga de impacto en los solicitantes a tratamiento. Centros de Tratamiento No Gubernamentales, 2018
- Figura 43. Defunciones por trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de drogas ilícitos (2010 – 2017)
- Figura 44. Defunciones por trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de drogas ilegales por grupo etario (2017)
- Figura 45. Porcentaje del tipo de droga confirmada en casos de fallecimientos, 2018
- Figura 46. Pacientes atendidos en urgencias por trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de distintas drogas, 2017
- Figura 47. Pacientes atendidos en urgencias por trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de alcohol, tabaco y múltiples drogas, 2017
- Figura 48. Sustancias detectadas al ingresar a los servicios de urgencias bajo los efectos de alguna droga
- Figura 49. Prevalencia estimada de infección de hepatitis C entre las personas que se inyectan drogas en la actualidad, por país, 2018
- Figura 50. Pacientes atendidos y tabletas de metadona administradas en promedio en dos unidades de tratamiento para usuarios de heroína de CIJ (2014 – 2018)
- Figura 51. Incautación de marihuana en México. Periodo de enero-2012 a junio de 2018 (ton.)
- Figura 52. Erradicación de Cultivos Ilícitos de Marihuana (has)
- Figura 53. Incautación de goma de opio en México de enero-2012 a junio de 2018 (kg.)
- Figura 54. Incautación de heroína en México de enero 2012 a junio de 2018 (kg.)
- Figura 55. Erradicación de Cultivos de Amapola (has.)
- Figura 56. Incautación de cocaína en México de enero de-2012 a junio de2017 (ton.)
- Figura 57. Rutas de tráfico de drogas