

Programa contra la Farmacodependencia

2015-2018

“Versión electrónica, en proceso su publicación impresa”

ÍNDICE GENERAL

Directorio	5
Mensaje del Comisionado Nacional contra las Adicciones	8
I. Marco normativo	10
I.1. Marco normativo	11
I.1.1. Ámbito internacional	11
I.1.2. Ámbito nacional	11
I.2. Alineación con las metas nacionales	12
I.2.1. Alineación con el Programa Sectorial de Salud 2013-2018	12
I.2.2. Alineación con el Programa de Acción Específico: Prevención y Atención Integral de las Adicciones 2013-2018	15
II. Diagnóstico	17
II.1. Magnitud del consumo de drogas ilícitas, de uso indebido y drogas médicas	19
II.1.1. Prevalencia de consumo de drogas ilícitas y de uso indebido	20
II.1.2. Prevalencia de consumo de drogas médicas	23
II.1.3. Consumo de drogas en población estudiantil	24
II.1.4. Nuevas sustancias psicoactivas	24
II.2. Repercusiones sanitarias, psicosociales y económicas	25
II.3. Necesidades de atención	26
II.3.1. Servicios preventivos	27
II.3.2. Servicios de tratamiento y rehabilitación	27
II.4. Retos del Programa	29
III. Organización del Programa	31
III.1. Misión y visión	33
III.2. Objetivos, estrategias y líneas de acción	33
III.2.1. Estrategias y líneas de acción	34
III.2.2. Estrategias transversales	39
III.3. Metas e indicadores	40
IV. Estrategia de Implementación	45
IV.1. Modelo operativo	46
IV.2. Estructura y niveles de responsabilidad	47
IV.3. Etapas para la instrumentación	47
V. Evaluación y rendición de cuentas.	48
V.1. Sistema de monitoreo y seguimiento	50
V.2. Evaluación de resultados	50
V.3. Evaluación del impacto.	51
V.4. Acciones de mejora continua	51
Referencias bibliográficas	52
Abreviaturas y acrónimos	56
Glosario de Términos	60



DIRECTORIO

José Narro Robles
Secretario de Salud

José Meljem Moctezuma
Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud

Pablo Antonio Kuri Morales
Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud

Marcela Velasco González
Subsecretaria de Administración y Finanzas

Fernando Gutiérrez Domínguez
Coordinador General de Asuntos Jurídicos y Derechos Humanos

Guillermo Miguel Ruiz-Palacios y Santos
Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales y Hospitales de Alta Especialidad

Manuel Mondragón y Kalb
Comisionado Nacional contra las Adicciones

Ernesto Héctor Monroy Yurrieta
Titular de la Unidad Coordinadora de Vinculación y Participación Social

Gustavo Nicolás Kubli Albertini
Titular de la Unidad de Análisis Económico

Julio Salvador Sánchez y Tépoz
Comisionado Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Onofre Muñoz Hernández
Comisionado Nacional de Arbitraje Médico

Manuel Ruíz de Chávez
Presidente de la Comisión Nacional de Bioética

Gabriel O'Shea Cuevas
Comisionado Nacional de Protección Social en Salud

Jesús Ancer Rodríguez
Secretario del Consejo de Salubridad General

Isidro Ávila Martínez
Secretario Técnico del Consejo Nacional de Salud

Directorio

Sistema Nacional de Salud

José Narro Robles
Secretario de Salud

Mikel Andoni Arriola Peñalosa
Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social

José Reyes Baeza Terrazas
Director General del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de
Los Trabajadores del Estado

Laura Ibernia Vargas Carrillo
Titular del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia

José Antonio González Anaya
Director General de Petróleos Mexicanos

Salvador Cienfuegos Zepeda
Secretario de la Defensa Nacional

Vidal Francisco Soberón Sanz
Secretario de Marina

Directorio del Consejo Nacional contra las Adicciones

Presidente del Consejo

Dr. José Narro Robles
Secretario de Salud.

Secretario Ejecutivo del Consejo

Dr. Manuel Mondragón y Kalb
Comisionado Nacional contra las Adicciones

Vocales

Lic. Miguel Ángel Osorio Chong
Secretario de Gobernación
Canciller Claudia Ruiz Massieu Salinas
Secretario de Relaciones Exteriores
Dr. José Antonio Meade Kuribreña
Secretario de Desarrollo Social
Lic. Ildelfonso Guajardo Villarreal
Secretario de Economía
Mtro. José Calzada Rovirosa
Secretario de Agricultura, Ganadería, Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación
Lic. Gerardo Ruiz Esparza
Secretario de Comunicaciones y Transportes
Lic. Aurelio Nuño Meyer
Secretario de Educación Pública
Lic. Alfonso Navarrete Prida
Secretario del Trabajo y Previsión Social.
Mtra. Arely Gómez González
Procuradora General de la República
Dr. Jesús Ancer Rodríguez
Secretario del Consejo de Salubridad General
Mtro. Mikel Andoni Arriola Peñalosa
Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social
Lic. José Reyes Baeza Terrazas
Director General del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
Lic. Alfredo Castillo Cervantes
Director General de la Comisión Nacional de Cultura Física y Deporte
Lic. Laura Vargas Carrillo
Directora General del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia
Dr. Gabriel O'Shea Cuevas
Comisionado Nacional de Protección Social en Salud

Lic. Julio Sánchez y Tépoz

Comisionado Federal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios

Mtro. José Manuel Romero Coello

Director General del Instituto Mexicano de la Juventud

Mtro. Raúl Martín del Campo Sánchez

Director General del Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones

Invitados permanentes

Dra. María Elena Medina Mora Icaza

Directora General del Instituto Nacional de PSQUIATRÍA "RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ"

Dr. Jorge Salas Hernández

Director General del Instituto Nacional de ENFERMEDADES RESPIRATORIAS "ISMAEL COSÍO VILLEGAS"

Dr. Mauricio Hernández Ávila

Director General del Instituto Nacional de Salud Pública

Lic. Carmen Fernández Cáceres

Directora General de Centros de Integración Juvenil, A. C.

Invitados

Dr. Eruviel Ávila Villegas

Gobernador Constitucional del Estado de México

C.P. Jorge Herrera Caldera

Gobernador Constitucional del Estado de Durango

Lic. Graco Luis Ramírez Garrido Abreu

Gobernador Constitucional del Estado de Morelos

Lic. Miguel Alonso Reyes

Gobernador Constitucional del Estado de Zacatecas

Dr. Roberto Tapia Conyer

Presidente del Patronato Nacional de los Centros de Integración Juvenil, A.C.

Dr. Roberto Karam Araujo

Presidente de la Junta de Custodios, Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos, A. C.

Lic. Carlos Aceves del Olmo

Secretario General de la Confederación de Trabajadores de México

Lic. Jesús Cevallos Coppel

Presidente de la Fundación Cambio Oceánica, A. C.

Mensaje del Comisionado Nacional contra las Adicciones

El abuso y dependencia de sustancias psicoactivas constituye un serio problema social y de salud pública, con importantes repercusiones para la salud de las personas, el desarrollo de las familias y de la sociedad en general.

Nuestro país ha experimentado una evolución constante en el comportamiento de este fenómeno global, afrontando situaciones como la violencia asociada al trasiego de drogas en distintas regiones, lo que ha provocado serias afectaciones en el tejido social, ya que además de los daños a la salud se encuentra la comisión de delitos por narcomenudeo, la desintegración familiar y la limitación de oportunidades para el empleo y la educación de las personas.

Comparado con el alcohol o el tabaco, el consumo de drogas ilícitas y drogas médicas en su conjunto es relativamente bajo. Sin embargo, aunque la prevalencia en el consumo de estas drogas en el último año se ha mantenido estable en las mediciones de 2008 y 2011, pasando de 1.4% a 1.5%, la Encuesta Nacional de Adicciones 2011 nos dice que el consumo se inicia a edades cada vez más tempranas, lo que llama la atención hacia los grupos de edad más jóvenes.

En población general, el promedio de edad de inicio era de 20.6 años en 2002, disminuyendo a 18.8 años en 2011. La mayor disminución en la edad de inicio se ha presentado en el sector femenino de la población, lo que llama fuertemente la atención hacia los factores que están determinando que las mujeres se inicien cada vez más jóvenes en el consumo de las drogas.

Sin embargo, el estudio más reciente realizado en México sobre consumo de drogas en población estudiantil, la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes (ENCODE) 2014, nos dice que 17.2% de los estudiantes de secundaria y bachillerato ha consumido drogas alguna vez en la vida (18.6% de hombres y 15.9% de mujeres), y que 12.2% ha consumido durante el último año (13.2% hombres y 11.2% mujeres). Asimismo, refiere que la edad promedio en que en esta población inició el consumo de drogas es de 13.6 años, lo cual es un dato particularmente alarmante, ya que contrasta con el dato referido en 2011 para población general de 18.8 años.

Esta misma Encuesta, que por primera vez ha estudiado el consumo de drogas en niños de 5.º y 6.º grados de primaria, encontró que la prevalencia de consumo de cualquier droga alguna vez en la vida es de 3.3% (4.7% de hombres y 1.7% de mujeres).

La marihuana es la droga ilícita que se consume con mayor frecuencia, tanto en población general, como en los tres niveles educativos estudiados por la ENCODE 2014; y es alrededor de este consumo que se ha suscitado un fuerte debate no sólo en México sino en el contexto global, ya que existen fuertes divergencias entre quienes reclaman el derecho al uso recreativo y entre quienes defienden el derecho a la salud. Este debate se ha hecho más evidente ante la legalización del uso medicinal de marihuana que se ha establecido en el principal consumidor de esta sustancia en el mundo, que son los Estados Unidos de Norteamérica, y del uso recreativo en un país afín al nuestro, Uruguay.

Sin embargo, existe un marco normativo internacional que claramente establece los riesgos a la salud inherentes al consumo de estas sustancias, y que concuerda ampliamente con la normatividad mexicana, que si bien tipifica la portación de cantidades superiores a un mínimo como un delito a la salud, también reconoce

la posibilidad de ofrecer alternativas terapéuticas para quienes tienen problemas de salud por el consumo y la dependencia de sustancias psicoactivas.

Ante estas circunstancias, es necesario mantener una postura abierta al diálogo, un diálogo respetuoso entre todas las instancias involucradas, que fundamentalmente parta de bases científicas para la toma de decisiones que puedan ofrecer un mayor beneficio a la salud, la convivencia y la armonía entre los diversos sectores de nuestra sociedad. Los derechos humanos y el respeto a la diversidad, así como el análisis de la proporcionalidad de las penas, serán también elementos clave para instrumentar este diálogo con la sociedad.

Asimismo, es necesario estar a la vanguardia en la dinámica del consumo de ésta y el resto de las drogas ilícitas y drogas médicas, la cual hoy en día se ve fuertemente influenciada por el uso de nuevas tecnologías de la información, entre las que podemos destacar el uso de la internet y de las redes sociales, por medio de las cuales se incrementan tanto la disponibilidad, como la posibilidad de que nuevos usuarios se inicien en el consumo, no sólo de las drogas conocidas, sino también de nuevas drogas psicoactivas.

Será un reto importante la creación de nuevas tecnologías preventivas y para el tratamiento por consumo de drogas, que sirvan para contrarrestar el influjo de estas nuevas tendencias informáticas que, desafortunadamente, amplían el margen de la disponibilidad y amenazan principalmente la salud y la integridad de los jóvenes, las niñas y los niños de nuestro país.

La mejora continua de los servicios preventivos, tanto como de los servicios para el tratamiento y la rehabilitación de las personas con problemas por consumo y dependencia de drogas, constituyen también un tema esencial para este Programa contra la Farmacodependencia, que fundamentalmente promoverá el fortalecimiento de la calidad de los servicios de los tres niveles de atención, con metodologías basadas en la mejor evidencia científica, y luchará por incrementar la oferta de servicios en todas las instituciones del sector salud.

En esta labor, la Comisión Nacional contra las Adicciones habrá de hacer un atento, pero también enérgico llamado a la colaboración de todos los sectores involucrados, instituciones públicas y privadas, organismos empresariales y de trabajadores, titulares y dependencias de los tres sectores de gobierno, organizaciones de la sociedad civil, profesionales de la salud y a los propios usuarios de los servicios de salud, para establecer un frente común en el que todas y todos ganen. En el que podamos romper inercias para crear sinergias, y mover a México hacia una vida más plena, más digna, y más feliz para todas y para todos.

Dr. Manuel Mondragón y Kalb

Comisionado Nacional contra las Adicciones

I. Marco Normativo



I. Marco normativo

I.1. Marco normativo.

Las políticas públicas en materia de drogas se encuentran ampliamente fundamentadas en México, a través de un robusto conjunto de leyes, normas y programas que regulan tanto los aspectos relacionados con la producción, tráfico ilícito y procuración de justicia, como los relativos a la prestación de servicios para la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de personas con problemas ocasionados por el consumo de drogas.

I.1.1. Ámbito internacional

México ha sido signatario de convenciones, convenios y estrategias globales que se mantienen vigentes y actualmente regulan las políticas en materia de drogas en el ámbito internacional.

- Convención Única sobre Estupeficientes (1961), enmendada por el Protocolo de 1972.
- Convención sobre Sustancias Psicotrópicas (1971).
- Convención contra el Tráfico Ilícito de Estupeficientes y Sustancias Psicotrópicas (1988).
- Plan de Acción Hemisférica sobre Drogas, 2011-2015, adoptado por la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) y la Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos (OEA).

I.1.2. Ámbito nacional

Con fundamento en el marco normativo que se enlista a continuación, en el ámbito nacional la principal instancia responsable de conducir las políticas orientadas a la reducción de la demanda

de drogas es la Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC), instancia rectora que actualmente se encuentra en una fase de reestructura con el fin de convertirse en un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud.

En ese sentido, y con el fin de optimizar la planeación y ejecución de las políticas para la prevención y la atención de las adicciones, a principios de 2015 fueron delegadas las funciones del Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones (CENADIC) a la (CONADIC), logrando con ello integrar un mando único de actuación¹.

En lo que se refiere al control de la oferta, corresponde a la Procuraduría General de la República la principal responsabilidad en la conducción de las políticas para controlar la producción, la distribución y la comercialización de estupeficientes en el país.

Sin embargo, son diversos los sectores en los que también recae la responsabilidad de sumarse en un frente común ante el problema, conforme lo instruye nuestro marco normativo, comenzando por nuestra Carta Magna.

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos
- Leyes federales
 - Ley de Planeación.
 - Ley Federal contra la Delincuencia Organizada.
 - Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental.
 - Ley Federal del Trabajo.
 - Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación.

¹ Según el Acuerdo por el que se delegan las facultades que se indican al Comisionado Nacional contra las Adicciones, expedido en la Ciudad de México, D.F., el 19 de diciembre de

2014 por la Secretaría de Salud, María de las Mercedes Martha Juan López y publicado el lunes 12 de enero de 2015 en el Diario Oficial de la Federación.

- Ley General de Educación.
- Ley General de Salud.
- Ley General para la Prevención Social de la Violencia y la Delincuencia.
- Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres.
- Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.
- Códigos
 - Código Nacional de Procedimientos Penales.
 - Código Penal Federal.
- Normas Oficiales Mexicanas
 - Norma O28 SSA-2-2009, para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones.
 - NOM-017-SSA2-2012, para la Vigilancia Epidemiológica.
 - NOM-030-STPS-2009, Servicios Preventivos de Seguridad y Salud en el Trabajo-Funciones y Actividades.
- Reglamentos
 - Reglamento de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental.
 - Reglamento de la Ley General de Salud.
 - Reglamento de la Ley General para el Control del Tabaco.
 - Reglamento Interior del Consejo Nacional contra las Adicciones.
- Planes y Programas publicados en el Diario Oficial de la Federación
 - Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018.
 - Programa Sectorial de Educación 2013-2018.

- Programa Sectorial de Gobernación 2013-2018.
- Programa Sectorial de Salud 2013-2018.
- Programa Nacional para la Prevención Social de la Violencia y la Delincuencia.
- Programa de Acción Específico: Prevención y Atención Integral de las Adicciones 2013-2018.

I.2. Alineación con las metas nacionales

El Programa contra la Farmacodependencia 2015-2018 define líneas gubernamentales de acción para ofrecer los servicios para la prevención, el tratamiento y la rehabilitación del consumo y la dependencia de drogas ilegales y drogas médicas, así como para reducir sus repercusiones en la salud individual, familiar y de la vida en comunidad, en atención a las políticas nacionales del sector salud.

Asimismo, este programa impulsa el federalismo y la participación coherente y coordinada de las instituciones federales con los estados y los municipios, incorporando un enfoque transversal a través del cual es posible incorporar la perspectiva de género y un enfoque intercultural, fortalecidos con procesos de capacitación e investigación.

I.2.1. Alineación con el Programa Sectorial de Salud 2013-2018

El Programa contra la Farmacodependencia 2015-2018 se alinea particularmente con los objetivos 1 y 2 del Programa Sectorial de Salud (PROSESA), así como con las estrategias y líneas de acción en materia de promoción de la salud, prevención y atención de las adicciones que se muestran en las tablas 1 y 2:

Tabla 1. Alineación con el Programa Sectorial de Salud 2013-2018	
Objetivo 1. Consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades.	
Estrategia	1.1. Promover actitudes y conductas saludables y corresponsables en el ámbito personal, familiar y comunitario.
Líneas de acción	<p>1.1.1. Impulsar la participación de los sectores público, social y privado para incidir en los determinantes sociales de la salud.</p> <p>1.1.2. Generar estrategias de mercadotecnia social y comunicación educativa que motiven la adopción de hábitos y comportamientos saludables.</p> <p>1.1.5. Reforzar las acciones de promoción de la salud mediante la acción comunitaria y la participación social.</p> <p>1.1.6. Fomentar los entornos que favorezcan la salud, en particular escuelas de educación básica, media superior y superior.</p> <p>1.1.8. Promover las estrategias de prevención y promoción de la salud mental.</p>
Estrategia	1.4. Impulsar acciones integrales para la prevención y control de las adicciones.
Líneas de acción	<p>1.4.1. Impulsar campañas para informar y concientizar acerca del uso, abuso y dependencia a sustancias psicoactivas.</p> <p>1.4.2. Reforzar acciones para reducir la demanda, disponibilidad y acceso al tabaco y otras sustancias psicoactivas.</p> <p>1.4.3. Consolidar la red nacional para la atención y prevención de las adicciones y promover la vigilancia epidemiológica e investigación.</p> <p>1.4.4. Consolidar el proceso de regulación de establecimientos especializados en adicciones, para asegurar la calidad y seguridad en la atención.</p> <p>1.4.5. Ampliar la cobertura de los Centros de Atención Primaria en Adicciones para la detección temprana e intervención oportuna.</p> <p>1.4.6. Incrementar acciones para reducir la demanda, disponibilidad y acceso al alcohol y evitar su uso nocivo.</p> <p>1.4.7. Promover modelos de justicia alternativa para personas con adicciones en conflicto con la ley.</p> <p>1.4.8. Promover acciones intersectoriales que fomenten una vida productiva en los adolescentes.</p>
Estrategia	1.5. Incrementar el acceso a la salud sexual y reproductiva con especial énfasis en adolescentes y poblaciones vulnerables.
Líneas de acción	<p>1.5.2. Promover acciones para prevenir el embarazo adolescente.</p> <p>1.5.4. Promover la salud sexual y reproductiva responsable, así como la prevención del VIH y otras ITS.</p>
Estrategia	1.6. Fortalecer acciones de prevención y control para adoptar conductas saludables en la población adolescente.
Líneas de acción	<p>1.6.1. Promover la prevención de lesiones de causa externa.</p> <p>1.6.2. Promover el desarrollo de capacidades entre la población adolescente para la construcción de relaciones libres de violencia.</p> <p>1.6.4. Desarrollar modelos y servicios de salud que respondan a las necesidades de la población adolescente.</p> <p>1.6.5. Promover la colaboración interinstitucional e intersectoriales para ofrecer actividades recreativas, productivas y culturales.</p> <p>1.6.6. Promover la detección y atención oportuna de trastornos mentales y el riesgo suicida en adolescentes.</p> <p>1.6.7. Promover la detección oportuna del hostigamiento escolar (<i>bullying</i>) entre adolescentes, para su atención.</p>
Estrategia	1.7. Promover el envejecimiento activo, saludable, con dignidad y la mejora de la calidad de vida de las personas adultas mayores.
Líneas de acción	<p>1.7.1. Implementar acciones para el cuidado y la atención oportuna de personas adultas mayores en coordinación con otros programas sociales.</p> <p>1.7.4. Ampliar la prevención, detección, diagnóstico y tratamiento oportuno en materia de salud mental.</p> <p>1.7.5. Incrementar las acciones de promoción de la salud para lograr el autocuidado de las personas adultas mayores.</p>

Tabla 1. Alineación con el Programa Sectorial de Salud 2013-2018	
Objetivo 1. Consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades.	
Estrategia	1.1. Promover actitudes y conductas saludables y corresponsables en el ámbito personal, familiar y comunitario.
Estrategia Transversal	III. Perspectiva de Género.
Líneas de acción	III.III. Impulsar esquemas integrales de servicios de salud sexual y reproductiva y prevención de VIH para adolescentes, jóvenes y mujeres adultas. III.V. Realizar campañas para prevenir embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual especialmente dirigidas a población femenina adolescente y joven. III.VII. Fortalecer la prevención y atención de las adicciones con perspectiva de género.

Tabla 2. Alineación con el Programa Sectorial de Salud 2013-2018	
Objetivo 2. Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad.	
Estrategia	2.1. Avanzar en el acceso efectivo a servicios de salud de la población mexicana, independientemente de su condición social o laboral.
Líneas de acción	2.1.2. Actualizar los mecanismos y modalidades de prestación de servicios que favorezcan el acceso efectivo a los servicios de salud. 2.1.3. Fortalecer los recursos para la salud que permitan mejorar la capacidad resolutive en las unidades de atención. 2.1.5. Adecuar los servicios de salud a las necesidades demográficas, epidemiológicas y culturales de la población.
Estrategia	2.2. Mejorar la calidad de los servicios de salud del SNS.
Líneas de acción	2.2.1. Impulsar acciones de coordinación encaminadas a mejorar la calidad y seguridad del paciente en las instituciones de salud. 2.2.2. Impulsar el cumplimiento de estándares de calidad técnica y seguridad del paciente en las instituciones de salud. 2.2.3. Incorporar el enfoque preventivo en los servicios de salud para todos los niveles de atención. 2.2.4. Consolidar el proceso de acreditación de establecimientos de salud para asegurar calidad, seguridad y capacidad resolutive. 2.2.5. Actualizar mecanismos que permitan homologar la calidad técnica e interpersonal de los servicios de salud. 2.2.6. Fomentar el uso de las NOM, guías de práctica clínica, manuales y lineamientos para estandarizar la atención en salud. 2.2.9. Promover los procesos de certificación de programas y profesionales de la salud.
Estrategia	2.3. Crear redes integradas de servicios de salud interinstitucionales.
Líneas de acción	2.3.1. Fortalecer las unidades médicas de primer nivel como el eje de acceso a las redes de servicios. 2.3.2. Diseñar la implementación de redes de servicios que favorezcan el acceso efectivo con las diferentes instituciones públicas. 2.3.3. Reforzar las redes de servicios y procesos para la detección oportuna, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos. 2.3.4. Consolidar las herramientas para la operación de redes integradas de servicios interinstitucionales. 2.3.5. Fomentar una perspectiva intercultural, intersectorial y de género en el diseño y operación de programas y acciones de salud.

Tabla 2. Alineación con el Programa Sectorial de Salud 2013-2018	
Objetivo 2. Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad.	
Estrategia	2.4. Fortalecer la atención integral y la reinserción social de los pacientes con trastornos mentales y del comportamiento.
Líneas de acción	2.4.1. Priorizar la implementación de modelos comunitarios y familiares de atención integral de pacientes con trastornos mentales y del comportamiento. 2.4.2. Reforzar el diagnóstico y la atención integral de los trastornos mentales y del comportamiento en todos los niveles de atención. 2.4.3. Fortalecer la cobertura de atención a los trastornos mentales con enfoque familiar, comunitario y respeto a los derechos humanos. 2.4.4. Impulsar la atención integral de enfermos con trastornos mentales para lograr su reinserción social y productiva. 2.4.5. Incorporar gradualmente los servicios de salud mental y de atención psiquiátrica con la red de servicios de salud. 2.4.6. Impulsar modelos de atención no institucionales de los pacientes con trastornos mentales y del comportamiento.
Estrategia Transversal	III. Perspectiva de Género.
Líneas de acción	III.I. Desarrollar protocolos y códigos de conducta para que los prestadores de servicios atiendan a las mujeres sin discriminación o misoginia. III.IV. Garantizar servicios de salud básicos, de prevención y atención a las mujeres reclusas y a sus hijos e hijas.

I.2.2. Alineación con el Programa de Acción Específico: Prevención y Atención Integral de las Adicciones 2013-2018

El Programa contra la Farmacodependencia se alinea al objetivo general del Programa de Acción Específica: Prevención y Atención Integral de las Adicciones 2013-2018 (PAE):

- *Establecer las políticas públicas orientadas a mejorar la calidad y ampliar la cobertura de los servicios para prevenir y atender integralmente los problemas de salud ocasionados por el uso, abuso y dependencia del tabaco, alcohol y otras drogas entre la población general, con énfasis en grupos de mayor riesgo, incorporando un enfoque*

intercultural, de género y de pleno respeto a los derechos humanos, a fin de favorecer el acceso de la población a estos servicios, mediante el fortalecimiento de las acciones de capacitación, investigación, actualización del marco normativo y participación activa de nuestro país en el ámbito internacional.

Asimismo, se alinea a los seis objetivos específicos (ver figura 1).

Figura 1.

Objetivos del Programa de Acción Específico: Prevención y Atención Integral de las Adicciones 2013-2018.



II. Diagnóstico

II. Diagnóstico

El análisis de las características epidemiológicas del consumo de drogas permite identificar tanto las necesidades de los diferentes grupos de población y sus determinantes, como los requerimientos para la organización de los servicios preventivos y para la atención integral e integrada de este problema de salud.

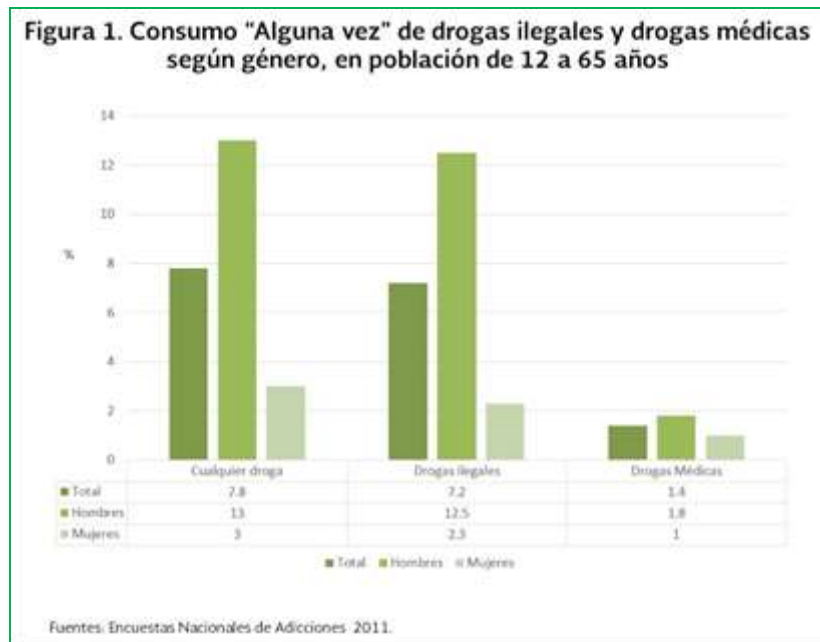
Asimismo, los indicadores epidemiológicos revelan las implicaciones de dicho consumo, en términos de la calidad de vida de las personas y las consecuencias para la vida productiva de la sociedad.

En México el consumo de drogas ilícitas (marihuana, cocaína y heroína), de sustancias de uso indebido (solventes inhalables) y de drogas médicas, es decir, fármacos fuera de prescripción médica (estimulantes, depresores), así como de nuevas sustancias psicoactivas (NSP), muestra en conjunto una prevalencia menor comparada con el consumo de tabaco y bebidas alcohólicas, que son drogas de curso legal.

Sin embargo, la gravedad del consumo de las drogas ilícitas, de uso indebido y drogas médicas se centra en los importantes daños que genera, tanto en la salud individual, como colectiva, afectando a las familias, al entorno escolar y laboral, así como a la convivencia social en general, al estar vinculado de manera importante con problemas tales como violencia, delincuencia e inseguridad.

II.1. Magnitud del consumo de drogas ilícitas, de uso indebido y drogas médicas.

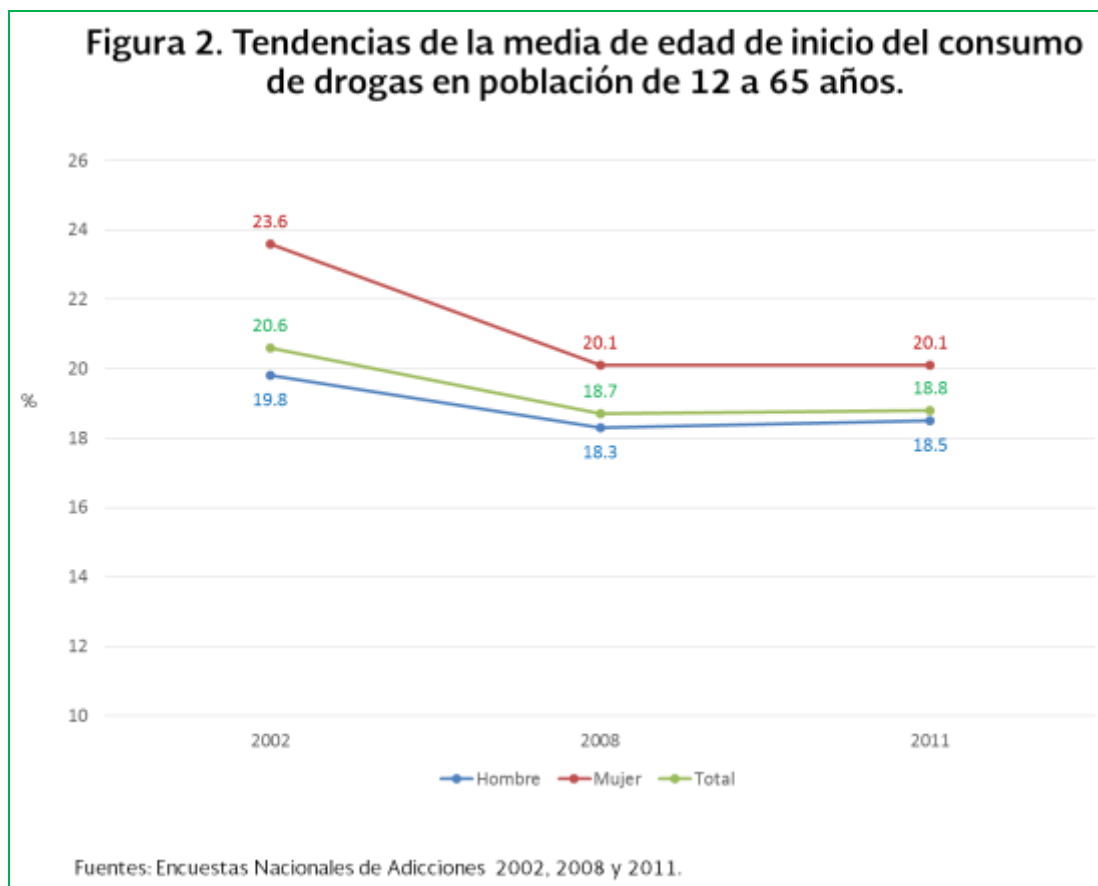
Con base en los datos de la Encuesta Nacional de Adicciones más reciente², la prevalencia total de consumo de cualquier droga “alguna vez en la vida” en población rural y urbana de 12 a 65 años que vive en hogares es de 7.8%. El consumo de drogas ilegales es de 7.2% y el consumo de drogas médicas de 1.4%, destacando que es más alto el consumo en los hombres en ambas categorías (figura 1).



² SSA. (2012). Encuesta Nacional de Adicciones, 2011. México.

Haciendo una comparación entre las últimas tres encuestas nacionales de adicciones en torno a la edad de inicio del consumo de drogas en población general, ésta ha ido disminuyendo con el tiempo, llegando en 2011 a los 18.8 años y observando que los hombres se inician casi dos años antes que las mujeres. Sin embargo, también se observa que

la brecha entre la edad de inicio entre hombres y mujeres ha disminuido, lo que alerta sobre el hecho de que el consumo en las mujeres cada vez se parece más al de los hombres, así como que conforme a las tendencias observadas, el consumo de drogas se está iniciando en edades cada vez más tempranas en ambos géneros (figura 2).



II.1.1. Prevalencia de consumo de drogas ilícitas y de uso indebido

Con base en la clasificación por sustancias que se utiliza en la Encuesta Nacional de Adicciones, en esta categoría se incluyen: marihuana, cocaína, pasta de cocaína, crack, alucinógenos, inhalables, heroína y estimulantes de tipo anfetamínico.

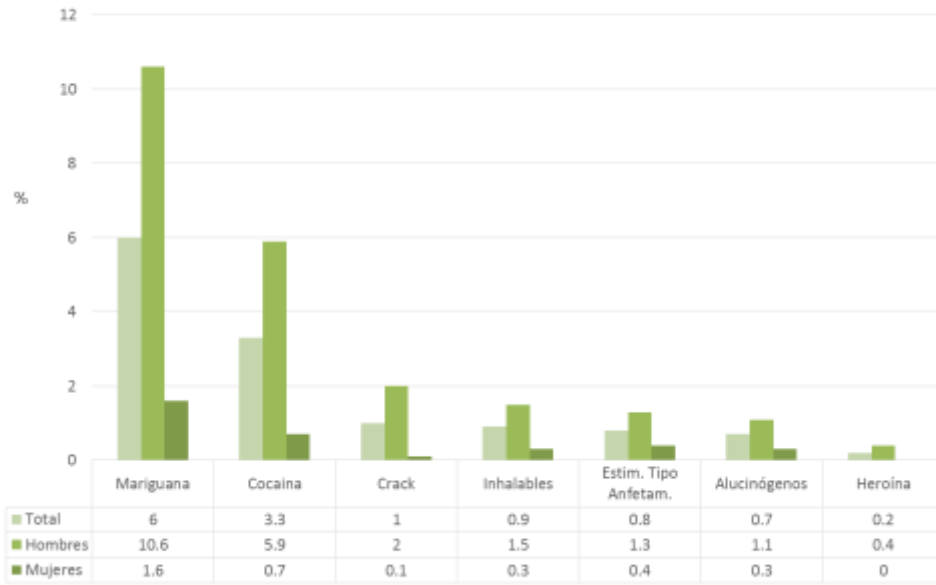
De acuerdo con el tipo de sustancia, la prevalencia total para el consumo de estas drogas “alguna vez en la vida” en población general, acorde con la ENA 2011, muestra que la marihuana, seguida por la

cocaína, ha sido la droga ilícita más consumida, tanto por hombres como por mujeres (figura 3).

Cabe destacar que el consumo de solventes inhalables como droga de uso indebido, ocupa el tercer lugar después de la cocaína y el crack.

Asimismo, en todos los casos es posible observar que el consumo de drogas ilegales es superior en hombres que en mujeres.

Figura 3. Consumo "Alguna vez" de drogas ilegales según género, en población de 12 a 65 años

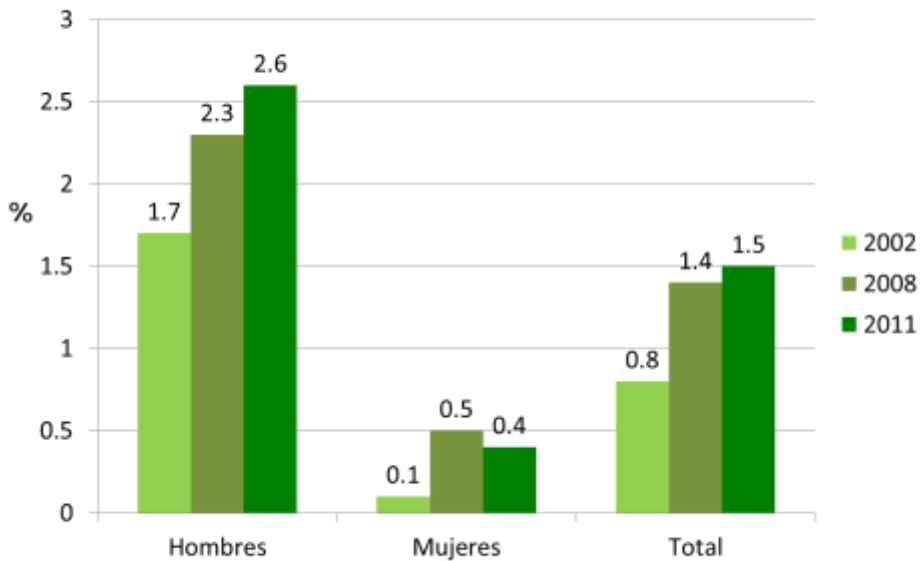


Fuentes: Encuestas Nacionales de Adicciones 2011.

De 2002 a 2011, la tendencia en el consumo de estas drogas "en el último año" (considerando el año previo a la encuesta), ha sido ascendente. Sin

embargo, se observa que esta tendencia se estabiliza relativamente de 2008 a 2011 (ver figura 4).

Figura 4. Tendencias 2002-2011 de uso de cualquier droga ilegal en el último año, según sexo.



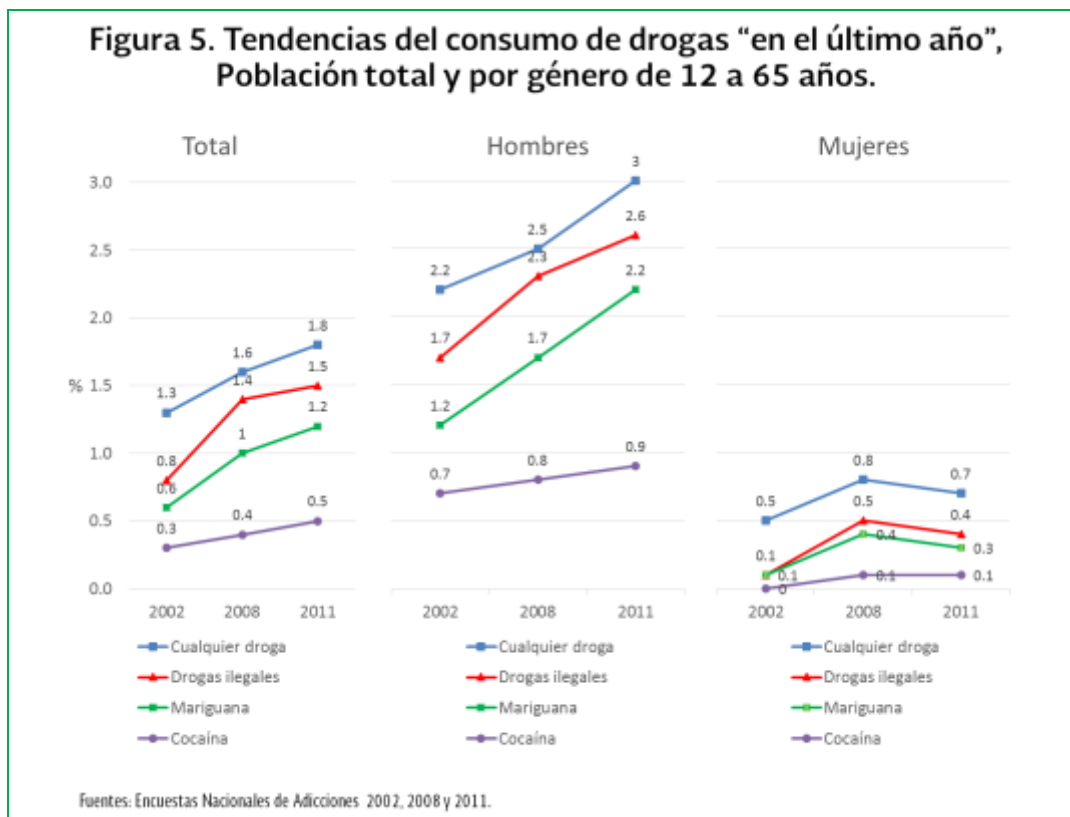
Fuente: Encuestas Nacionales de Adicciones, 2002, 2008 y 2011. México.

En términos absolutos, se registró un incremento de 147 mil 92 personas más que consumieron cualquier droga ilegal “en el último año”, pasando de 1 millón 51 mil 593 en 2008 a 1 millón 198 mil 685 usuarios en total en 2011.

Considerando el género, las cifras absolutas de prevalencia en 2011 fueron de 1 millón 15 mil 290 hombres y 183 mil 395 mujeres que usaron cualquier droga ilícita en los últimos doce meses.

En 2011, la marihuana se mantiene como la droga ilícita con mayor prevalencia de consumo “en el último año” (1.2%), seguida por la cocaína (0.5%), mientras que el consumo global de las demás drogas se mantiene en menos de 0.2%.

Y son los hombres quienes mantienen los niveles de consumo más altos en comparación con las mujeres (figura 5).



- Consumo de drogas ilegales por grupos de edad

La incidencia acumulada por consumo de drogas ilegales, en población general, es mayor en el grupo de 26 a 34 años (adultos jóvenes), seguido por el grupo de 12 a 25 años (adolescentes), dejando en tercer lugar el consumo de personas entre 35 y 65 años de edad (ver Tabla 3).

Tabla 3. Incidencia acumulada del consumo de drogas ilegales, población rural y urbana, por grupo de edad (ENA, 2011) (%)

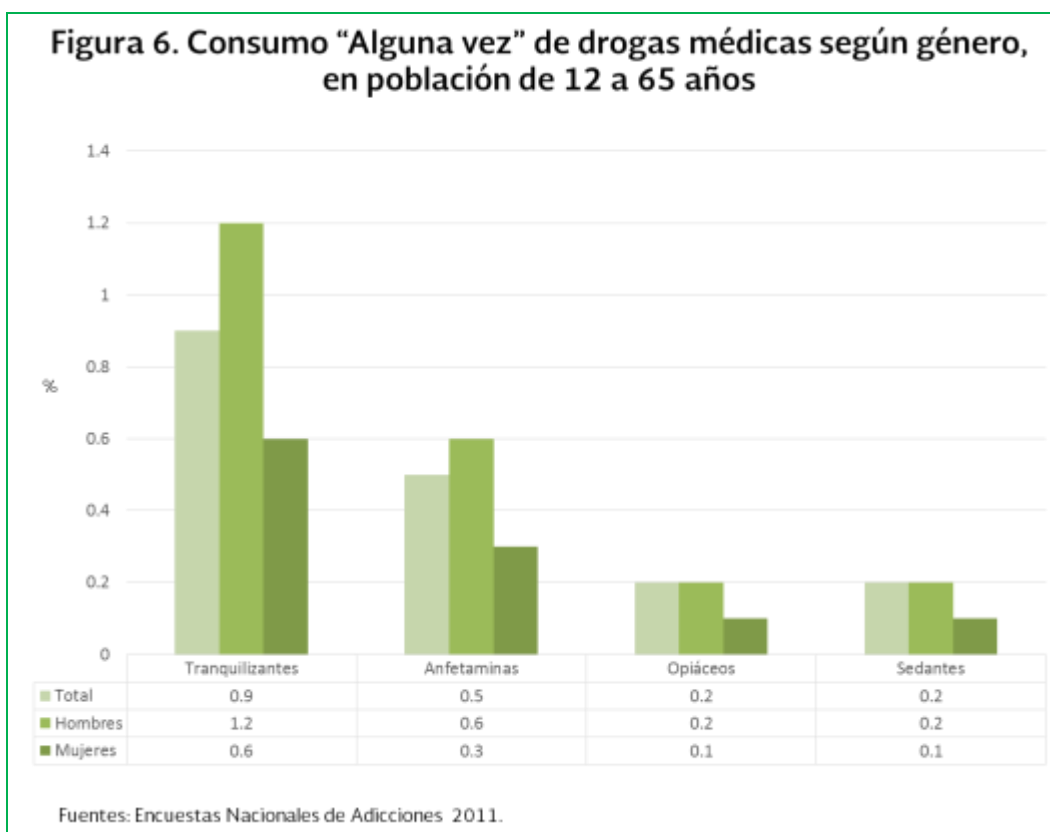
Sustancia	12 a 25	26 a 34	35-65
Marihuana	5.9	8.7	4.8
Cocaína	2.7	6.2	2.5
Crack	0.8	2.3	0.6
Inhalables	0.7	1.5	0.4
Estimulantes tipo amfetamínico	1.1	1.4	0.5
Alucinógenos	0.1	0.5	0.2
Heroína	.09	1.5	0.4
Droga ilegales	7.0	11.0	5.7

II.1.2. Prevalencia de consumo de drogas médicas

Se incluyen en esta categoría aquellas sustancias que se prescriben médicamente, como son los opiáceos, tranquilizantes, sedantes y barbitúricos o anfetaminas, considerándose ilegal este consumo cuando el fin es intoxicarse, cuando está

fuera de prescripción o se consume por un tiempo o en cantidad mayor a lo indicado por el médico.

Los tranquilizantes son el tipo de droga médica con mayor prevalencia de uso “alguna vez en la vida”, seguida por las anfetaminas, mientras que los opiáceos y sedantes mantienen prevalencias de consumo similares según la ENA, 2011 (figura 6).



En todos los casos, se destaca el mayor consumo de hombres que en mujeres de este tipo de drogas.

- Consumo de drogas médicas por grupos de edad

Conforme a la clasificación por grupos de edad, se destaca una incidencia acumulada por consumo de tranquilizantes y anfetaminas más alta en el grupo de adultos jóvenes (26 a 34 años), mientras que es más elevada en el consumo de opiáceos y sedantes en el grupo de 12 a 25 años de edad (ver Tabla 4).

Tabla 4. Incidencia acumulada del consumo de drogas médicas, población rural y urbana, por grupo de edad (ENA, 2011) (%)

Sustancia	12 a 25	26 a 34	35-65
Tranquilizantes	0.6	1.6	0.9
Anfetaminas	0.3	0.8	0.5
Opiáceos	0.2	0.1	0.2
Sedantes	0.2	0.1	0.2

II.1.3. Consumo de drogas en población estudiantil

Para conocer con mayor profundidad la magnitud del consumo de drogas en población estudiantil, se realizó la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes (ENCODE) 2014, la cual reporta que 17.2% de los estudiantes de secundaria y bachillerato ha consumido drogas alguna vez en la vida (18.6% de hombres y 15.9% de mujeres), y que 12.2% ha consumido durante el último año (13.2% hombres y 11.2% mujeres)³.

A diferencia de la ENA 2011, que refiere un promedio de 18.8 años en la edad de inicio en el consumo de drogas para población general, la ENCODE 2014 refiere que, en población escolar, la edad promedio de inicio en el consumo de drogas es de 13.6 años, lo cual señala la necesidad de reforzar acciones preventivas mucho antes de que los adolescentes cumplan esta edad.

Ésta es la primera encuesta nacional que se realiza para conocer el consumo de drogas en niños de 5° y 6° grados de educación primaria, encontrando que la prevalencia de consumo de cualquier droga alguna vez en la vida en esta población es de 3.3% (ver tabla 5). De este porcentaje, 4.7% son niños y 1.7% son niñas.

Tabla 5. Prevalencia de consumo de drogas en estudiantes (ENCODE 2014) (%).

Prevalencia	Alguna vez	Último año	Último mes
Primaria	3.3	2.6	2.0
Secundaria	12.5	8.9	5.4
Bachillerato	25.1	17.6	9.0

Fuente: INPRF, CONADIC, SS. Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes (ENCODE) 2014.

³ Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Comisión Nacional contra las Adicciones, Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes 2014: Reporte de Drogas. Villatoro-Velázquez JA, Oliva Robles, N., Fregoso Ito, D., Bustos Gamiño, M., Mujica Salazar, A., Martín del Campo Sánchez, R., Nanni Alvarado, R. y Medina-Mora ME. México DF, México: INPRFM; 2015. Disponible en: www.inprf.gob.mx, y www.conadic.gob.mx

Al igual que en población general, la marihuana es la droga ilícita que se consume con mayor frecuencia, en población estudiantil de los tres niveles educativos estudiados por la ENCODE 2014. Sin embargo, la mayoría son consumidores experimentales, por lo que es prioritario desarrollar estrategias de prevención con base en evidencia, privilegiando los niveles preescolar y primaria, así como reforzar el trabajo desarrollado con grupos de adolescentes de secundaria y bachillerato.

II.1.4. Nuevas sustancias psicoactivas

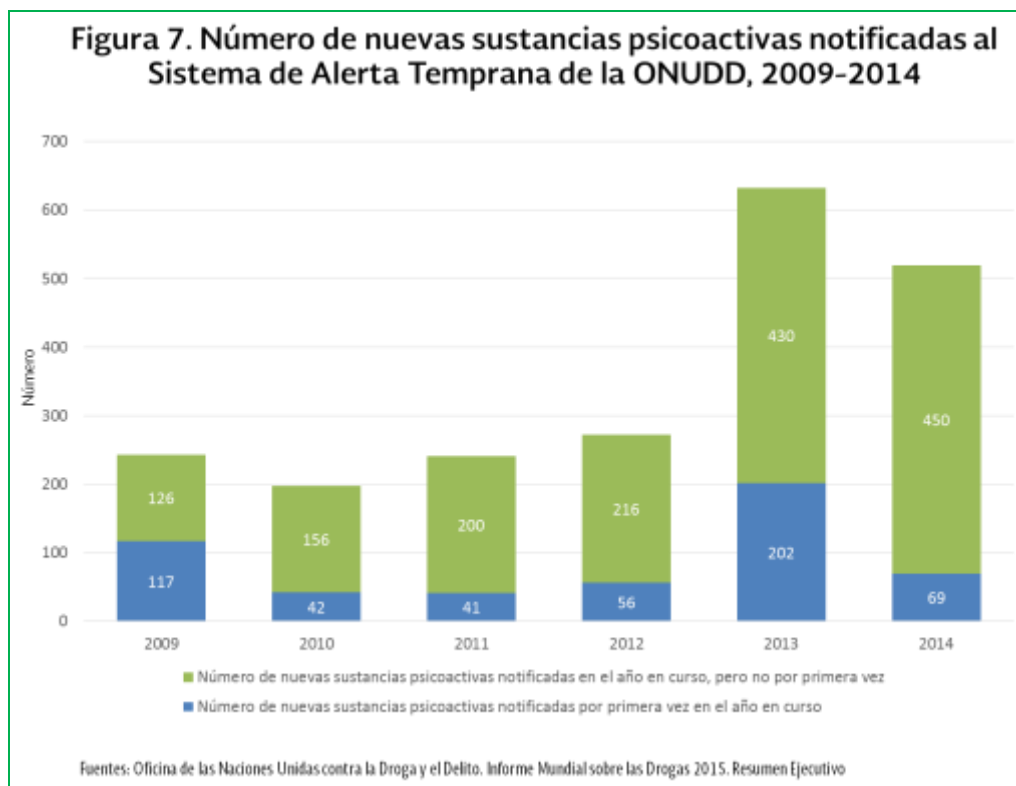
La Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD), define a las nuevas sustancias psicoactivas (NSP) como sustancias de abuso, ya sea en forma pura o en preparado, que debido a su aparición reciente no están contempladas para su control por la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes ni por el Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971, pero que pueden suponer una amenaza para la salud pública.⁴

El Informe Mundial de Drogas 2015⁵, señala que las NSP se comercializan ilegalmente como sustitutos de las drogas que sí son sometidas a fiscalización internacional, ya que se afirma que producen efectos similares a los de sus equivalentes tradicionales. Sin embargo, aunque se han realizado pocos estudios sobre sus efectos, es posible afirmar que estas sustancias también pueden ocasionar graves riesgos tanto para la salud, como para la seguridad pública.

La proliferación en todo el mundo de las NSP, unas 500 aproximadamente, entre las que se incluye la mefedrona, representa una amenaza para la salud de los consumidores de drogas y ya se han comenzado a registrar aumentos en la demanda de tratamiento por consumo de estas sustancias (figura 7).

⁴ International Drug Policy Consortium. Informe de la ONUDD: Los desafíos de las nuevas sustancias psicoactivas En: <http://idpc.net/es/publications/2013/03/informe-de-la-onudd-los-desafios-de-las-nuevas-sustancias-psicoactivas> (Consultado el 18 de agosto de 2015).

⁵ Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. Informe Mundial sobre las Drogas 2015. Resumen Ejecutivo.



En el mundo existe también un mercado creciente de drogas sintéticas, entre las cuales se destacan los estimulantes de tipo anfetamínico, como son la metanfetamina (metanfetamina cristalizada), las anfetaminas y el éxtasis. Éste último ha sido paulatinamente sustituido por la mefedrona y otras nuevas sustancias psicoactivas. Aunado a la oferta creciente de NSP, se suman los riesgos por las formas de administración (como son las drogas inyectables), y por el policonsumo de estas drogas, lo que eventualmente dificulta la administración de tratamientos apropiados y la prestación de servicios de atención sanitaria en general a las personas que las consumen.

Dada su naturaleza pasajera, es escasa la información disponible sobre la prevalencia de consumo de las NSP, lo que dificulta su reglamentación y la posibilidad de hacer frente a los problemas de salud asociados. En diciembre de 2014, en 95 países y territorios se reportó un total de 541 NSP en el sistema de alerta temprana de la ONUDD, la mayoría de ellas son cannabinoides

sintéticos (39%), seguidos de fenetilaminas (18%) y catinonas sintéticas (15%).⁶

Entre las NSP producidas en México está la Salvia Divinorum, planta que causa efectos alucinógenos debido al componente activo *Salvinorina A*, cuando se ingiere o se fuma. El Gobierno mexicano ha tomado medidas de control y vigilancia para algunas de las NSP que han sido detectadas por el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones, entre las que se encuentran la mefedrona, la piperazina, los cannabinoides sintéticos y el midazolam.

II.2. Repercusiones sanitarias, psicosociales y económicas

El impacto por consumo de drogas no sólo es a la salud. También tiene repercusiones en las esferas de desarrollo económico y social. En la salud, constituye un factor de riesgo que se refleja en días vividos sin salud, días perdidos por discapacidad y las cifras de mortalidad, al estar asociado con más de 60 enfermedades infecciosas

⁶ UNODC. 2015. Informe Mundial sobre las Drogas 2015. Resumen Ejecutivo. UNODC Research. Disponible en

https://www.unodc.org/documents/wdr2015/WDR15_ExSum_S.pdf (Consultado el 29 de julio de 2015).

(VIH, hepatitis B y C) y crónicas (cirrosis, cardiovasculares, cáncer y trastornos de salud mental como depresión y ansiedad, entre otras)⁷. También se relaciona con lesiones y accidentes en diversos escenarios, lo que incrementa de manera importante los costos de atención a la salud ocasionados por el uso nocivo, el abuso y la dependencia.

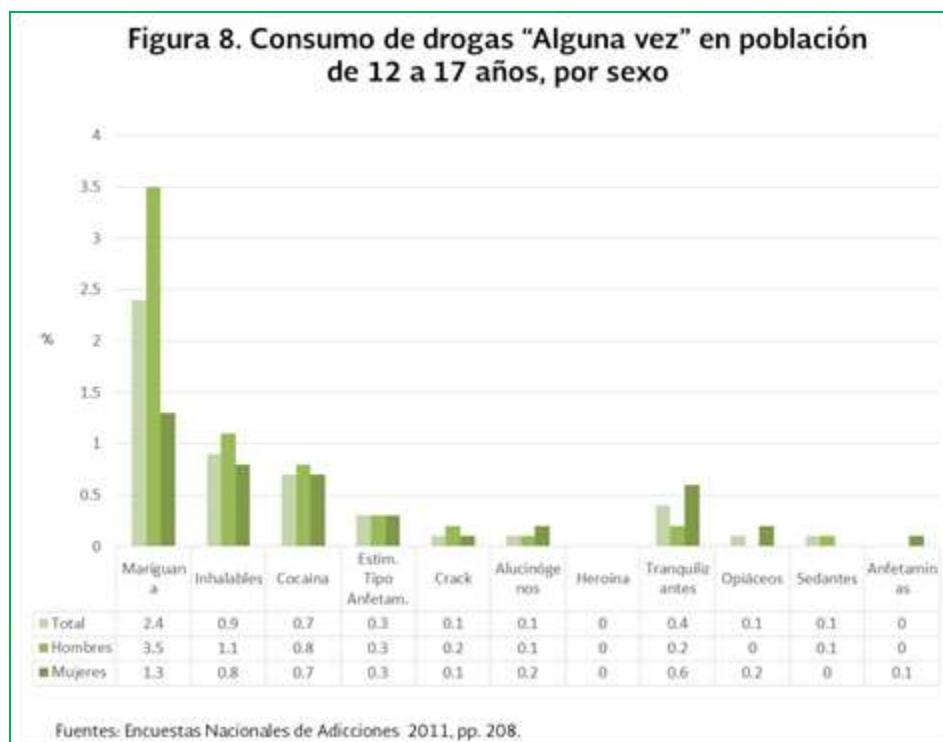
Aunque en nuestro país las cifras de prevalencia de consumo de drogas ilegales es aún bajo, comparado con el de países como Estados Unidos, éste se vincula con distintas formas de violencia que puede estar asociada con el crimen organizado, con actividades delictivas vinculadas con la adquisición de drogas en el mercado ilegal o inducidas por la intoxicación con sustancias psicoactivas.⁸

Esta condición hace más compleja la atención integral de las personas que consumen drogas, por lo que desde una perspectiva de salud pública es necesario entender integralmente este problema como una enfermedad.

La perspectiva de salud pública reconoce variaciones entre las sustancias y sus efectos, al tiempo que favorece la elaboración de políticas acordes; que permitan identificar diferencias entre hombres y mujeres en sus necesidades de atención y faciliten la integración del papel de la cultura, así como el del contexto en donde se manifiesta el problema.

II.3. Necesidades de atención

Entre los adolescentes de 12 a 17 años, los datos sobre consumo de drogas “alguna vez en la vida” indican que la marihuana es la de mayor consumo (2.4%), seguida por los inhalables (0.9%) y la cocaína (0.7%). Esta información es particularmente relevante, tomando en cuenta que se trata de individuos en pleno desarrollo neurobiológico y psicosocial, en quienes el consumo de estas drogas afecta seriamente dichos procesos de desarrollo (figura 8).



⁷ OEA. (s/f). El problema de las drogas en las Américas: Capítulo 2: Drogas y salud pública. Washington, D.C.

⁸ Medina-Mora ME, Real T, Villatoro J, Natera G. Las drogas y la salud pública: ¿hacia dónde vamos? Salud Publica Mex 2013;55:67-73.

Nuevamente considerando a la población de 12 a 65 años estudiada por la ENA 2011, y desde una perspectiva de género, se estima que por cada mujer que consume cualquier droga hay 4.2 hombres, sin que las tendencias al incremento observadas sean significativas.

Tomando en cuenta la historia natural de la enfermedad, la ENA 2011 registró una prevalencia de dependencia a drogas de 0.7% (alrededor de 550 mil personas), cifra mayor a la que se tenía en el 2008 (450 mil personas) que representa la aparición de unas 100 mil personas más. Con esta variable, también se observa que los hombres son los más afectados (1.3%) en comparación con las mujeres (0.2%).

Asimismo, casi una de cada cinco personas con dependencia en el último año ha asistido a tratamiento, presentándose un mayor rezago en las mujeres, ya que la proporción por género que ha recibido ayuda es de 2.2 hombres por cada mujer.

Cabe señalar que, según la ENA 2011, 74.5% de la población de 12 a 65 años, no es consumidor de drogas (ilícitas o médicas), y 17.6% tampoco consume a pesar de estar expuesto a drogas, lo que representa la necesidad de mantener a 73 millones 385 mil 930 personas alejadas del consumo, a través de acciones de promoción de la salud y prevención.

II.3.1. Servicios preventivos

La efectividad de los servicios preventivos ha sido evaluada por la Encuesta Nacional de Adicciones, la cual refiere que el consumo de drogas es menor entre la población que recibió intervenciones

preventivas “en el último año” (1.2%), que entre quienes no se beneficiaron con estas acciones (2.6%) (Tabla 6).

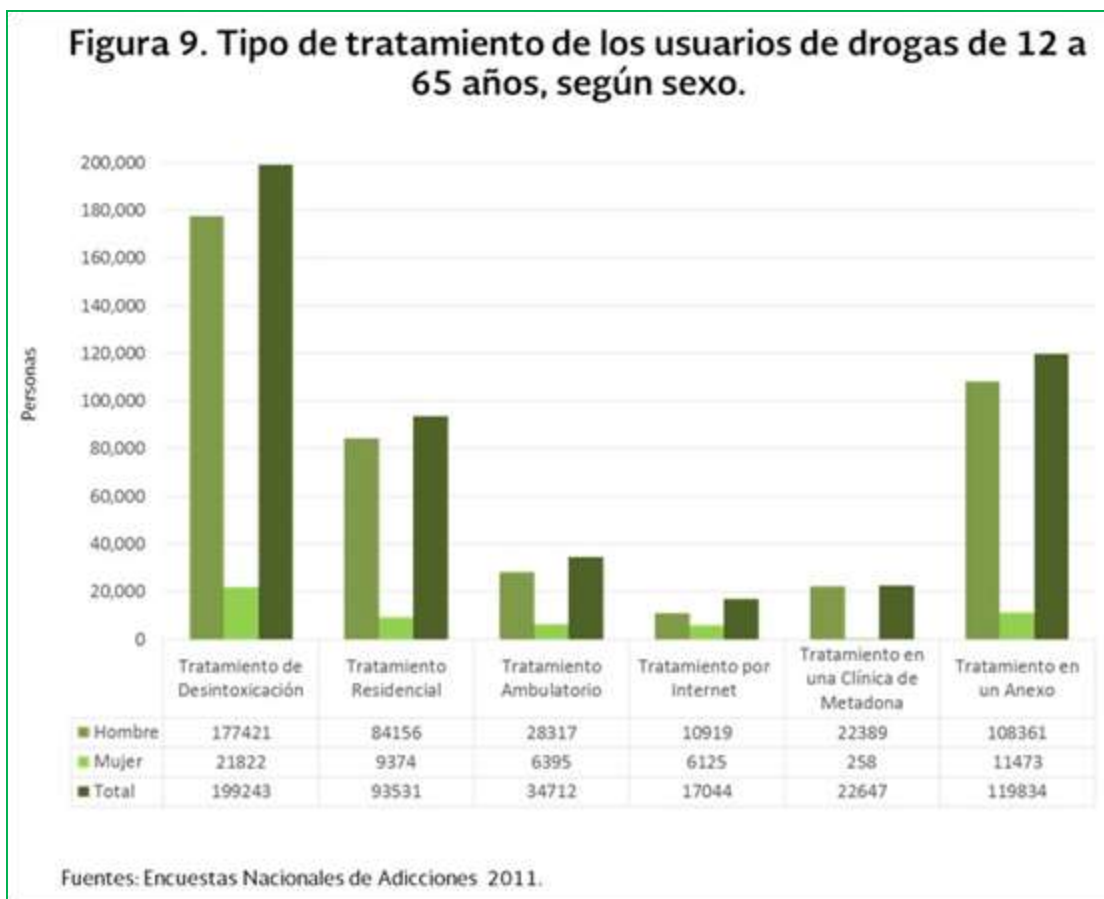
Tabla 6. Exposición a la prevención y consumo de drogas en el último año				
Población total de 12 a 17 años				
	Expuesto a la Prevención	No Expuesto a la Prevención		
	N	%	N	%
Hombres	74,806	1.7	71,750	2.9
Mujeres	32,384	0.7	41,476	2.1
Total	107,190	1.2	113,226	2.6

Fuente: Encuesta Nacional de Adicciones, 2011.

II.3.2. Servicios de tratamiento y rehabilitación

La dependencia a sustancias psicoactivas es un proceso que toma tiempo en desarrollarse, por lo que un tratamiento exitoso debe ser prolongado y, como sucede en cualquier otra enfermedad crónica, es posible esperar periodos de descompensación y/o de recaída, lo que hace necesario contar con suficiente margen de disponibilidad del tratamiento para cuando el paciente lo requiera.

La ENA 2011 destaca que el tipo de tratamiento más utilizado por las personas que consumen drogas, es por desintoxicación, seguido por el tratamiento ofrecido en establecimientos conocidos como “anexos”, y después por tratamiento residencial. También es posible identificar la demanda de servicios a través de internet (figura 9).

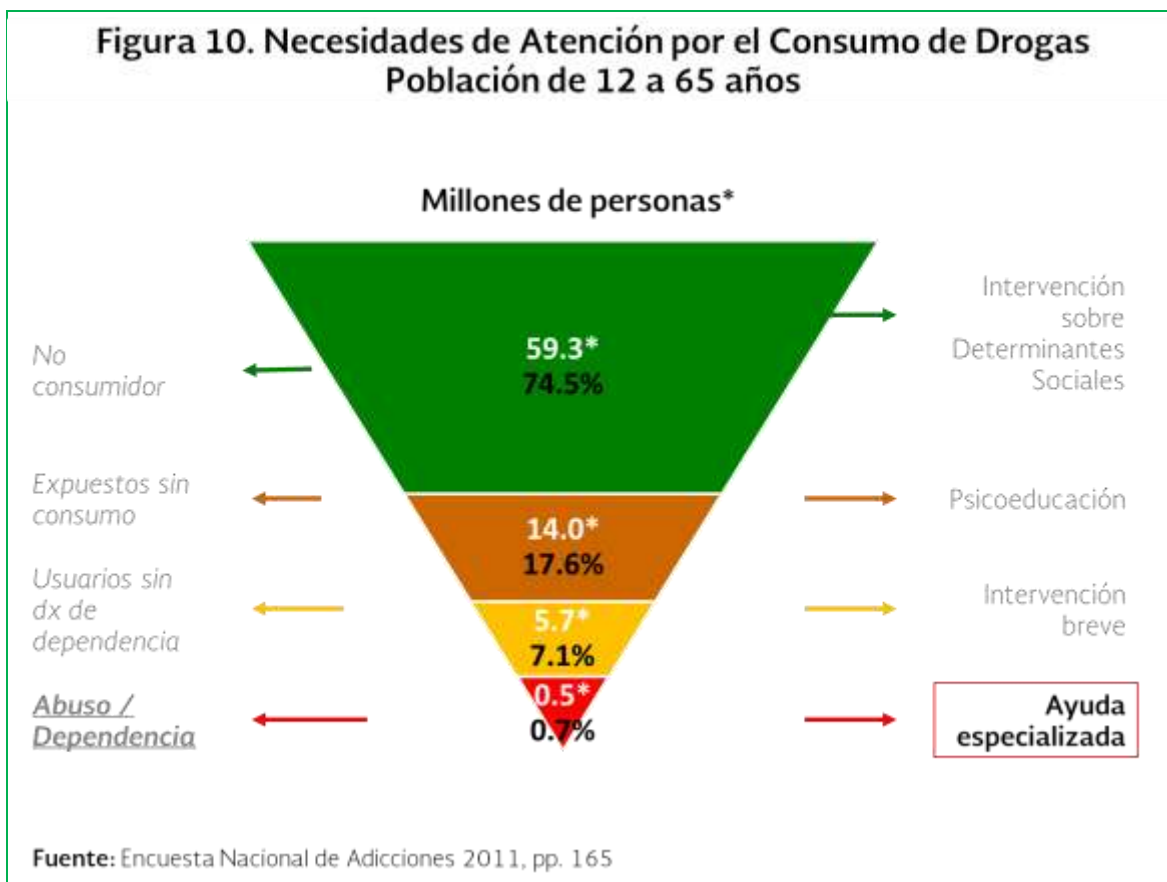


En términos generales, el consumo de drogas en México muestra periodos de aumento y periodos de estabilización. Hubo incrementos en 2008 respecto a 2002, y en 2011 se observó una estabilización, sin cambios significativos en los índices de consumo en el último año, en la población total estudiada.

Considerando la información por sexo, se encontró un incremento en el consumo de marihuana en los hombres, mientras que el consumo de cocaína en ambos sexos se mantuvo estable.

En 2011, el consumo en adolescentes no se modificó, pero el consumo de marihuana y cocaína en mujeres adolescentes es mayor que en el grupo de adultas, lo que refleja una incorporación más temprana a este mercado de consumo.

Por todo ello se hace necesario reforzar las acciones para reducir la demanda de drogas, ya que si bien el consumo en general se ha estabilizado, es importante ampliar y fortalecer la política de prevención, tratamiento y reinserción social, así como dirigir más acciones hacia la población adulta joven (figura 10).



II.4. Retos del Programa.

1. Mantener un enfoque de salud pública en el abordaje de acciones de promoción, prevención y tratamiento del consumo de drogas ilícitas y drogas médicas.
2. Mejorar la calidad de los servicios preventivos y para el tratamiento de personas con problemas por el uso, abuso y dependencia de drogas ilícitas y drogas médicas, favoreciendo el acceso universal a estos servicios con énfasis en municipios prioritarios.
3. Reforzar la coordinación interinstitucional e intersectorial para impulsar el desarrollo de acciones de capacitación y formación de recursos humanos, investigación y evaluación en materia de adicciones, fortaleciendo el marco normativo y posicionando el liderazgo de nuestro país en el ámbito internacional.
4. Adoptar un enfoque integrado del problema, que contemple aspectos sobre reducción de la

demanda y reducción del daño ante el consumo de drogas ilícitas y drogas médicas.

Es importante establecer una colaboración estrecha entre autoridades de salud y procuración de justicia, que facilite la derivación a tratamiento y el monitoreo de personas que consuman o sean dependientes de drogas y que hayan cometido delitos bajo los efectos de las sustancias, así como para prevenir que cometan nuevos delitos.

También será conveniente facilitar el tratamiento de personas con dependencia que se encuentran en cárceles, con base en modelos eficaces que incluyan la continuación del tratamiento después de la liberación, a fin de evitar que estas personas entren y salgan de la institución con este trastorno y por tanto vuelvan a delinquir.

Asimismo, será conveniente combinar estrategias de reducción de daños (p. e.: las medidas de detección de alcohol en aliento en automovilistas) con programas de educación y de tratamiento (p. e.: el intercambio de jeringas usadas junto con

oferta de tratamiento para los enfermos que usan drogas por vía de la inyección, a fin de reducir el riesgo de contagio por VIH o hepatitis); del mismo modo, son recomendables las terapias de sustitución con metadona u otras drogas cuando son el tratamiento indicado para los enfermos y es una opción aceptada por ellos⁹.

El Programa contra la Farmacodependencia 2015-2018 presenta, en concordancia con el diagnóstico del problema, las siguientes fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas, que deberán ser consideradas para identificar la viabilidad de sus objetivos, estrategias y líneas de acción.

Análisis FODA del Programa contra la Farmacodependencia 2015-2018.	
Fortalezas:	Oportunidades:
<ul style="list-style-type: none"> • Capacidad de gestión y de coordinación entre órdenes de gobierno. • Existencia de una red nacional que ofrece servicios preventivos y de tratamiento a la población. • Experiencia en los recursos humanos que operan en los servicios de prevención y tratamiento de las adicciones. • Acciones de mejora continua en la calidad de los servicios. • Participación de organismos nacionales e internacionales especializados. 	<ul style="list-style-type: none"> • Demanda creciente de servicios para el tratamiento y dependencia de drogas. • Mejora de la coordinación con instituciones del sector salud, públicas, privadas y sociales para mejorar la calidad de los servicios de prevención y tratamiento de las adicciones. • Fortalecimiento de procesos de capacitación y formación de recursos humanos especializados en prevención y tratamiento de las adicciones. • Diseño de proyectos de investigación para evaluar la efectividad de los programas de prevención y tratamiento de la dependencia de drogas. • Necesidad de fortalecer la supervisión en centros de tratamiento, especialmente en aquellos con modalidad residencial. • Necesidad de mantener actualizada la legislación federal referente a la prevención, tratamiento, rehabilitación y reinserción social en materia de adicciones.
Debilidades:	Amenazas:
<ul style="list-style-type: none"> • Escases de recursos por el desequilibrio entre asignación de recursos a control de la oferta vs reducción de la demanda. • Falta de infraestructura para el tratamiento residencial de las adicciones, • Necesidad de nuevas plazas para profesionales que puedan brindar tratamiento. • Desarticulación de recursos informáticos y tecnológicos. • Deficiencias en el perfil profesional del personal que opera en los llamados “anexos” • Falta de capacitación con criterios de calidad. • Escasa evaluación de programas y modelos preventivos, de tratamiento y rehabilitación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aparición continua de nuevas sustancias psicoactivas. • Incremento de la disponibilidad de drogas debido a la actividad de la delincuencia organizada. • Incremento de consumo en zonas geográficas de riesgo: ciudades fronterizas, sitios turísticos, entre otros. • Iniciativas para regular la producción y comercialización de marihuana, así como para legalizar su uso recreativo. • Recorte presupuestal. • Insuficiencia de personal debidamente capacitado. • Amenazas al personal por la delincuencia organizada. • Lentitud institucional para adoptar el enfoque de género, intercultural y derechos humanos en la atención de las personas con dependencia de drogas.

⁹ Medina-Mora ME, Real T, Villatoro J, Natera G. Las drogas y la salud pública: ¿hacia dónde vamos? Salud Publica Mex 2013;55:67-73.

III. Organización del Programa

III. Organización del Programa

El Programa contra la Farmacodependencia 2015-2018 tiene el propósito de delinear las acciones prioritarias para incidir en la prevención del consumo y disminución de la demanda de drogas ilícitas y drogas médicas, disponer de alternativas de tratamiento y rehabilitación de personas con problemas de salud y dependencia como consecuencia del consumo. Asimismo, pretende coadyuvar de manera indirecta a reducir la incidencia de daños psicosociales asociados al consumo de drogas, tales como deserción escolar, ausentismo laboral, accidentes y violencia social, con base en un esquema de coordinación integral e interinstitucional.

Para cumplir estos propósitos, es necesario sumar el esfuerzo de aquellas instituciones, organismos y dependencias involucradas, así como la voluntad y energía de agrupaciones de la sociedad civil, conformando una sinergia que permita instrumentar adecuadamente las acciones en el marco de un ejercicio plural y democrático.

III.1. Misión y visión.

- Misión: Proteger y promover la salud de toda la población, así como prevenir y atender integralmente los daños a la salud ocasionados por el uso, abuso y dependencia de drogas ilícitas, promoviendo el acceso a servicios de calidad, incorporando el enfoque de género, basándose en una política de pleno respeto a los derechos humanos y en un principio de colaboración, en el que participen los sectores público, social y privado, así como los tres órdenes de gobierno.

- Visión: La salud de la población mexicana estará protegida y fortalecida de manera equitativa, integral y efectiva a través de servicios de calidad otorgados en establecimientos acreditados y con personal debidamente capacitado en materia de adicciones, que aplique modelos de intervención fundamentados científicamente y evalúe sus resultados, con base en una política que fomente

la participación y la corresponsabilidad intersectorial, interinstitucional y ciudadana.

III.2. Objetivos, estrategias y líneas de acción

- Objetivo General

Establecer las estrategias para disminuir el consumo y la dependencia de drogas ilícitas y drogas médicas en población general, a través de acciones de promoción de la salud, prevención, atención integral, fortalecimiento de la normatividad y la cooperación internacional, así como impulsando la capacitación continua y la investigación.

- Objetivos específicos

1. Fortalecer acciones de promoción de la salud y prevención ante el inicio en el consumo de las diferentes drogas.
2. Mejorar la calidad de los servicios para el tratamiento de las adicciones, aplicando de modelos basados en evidencia científica.
3. Promover la actualización y fortalecimiento del marco normativo en materia de adicciones, impulsando la participación de organizaciones diversas.
4. Contribuir al desarrollo de proyectos de investigación e innovación tecnológica en adicciones para fundamentar políticas públicas y toma de decisiones.
5. Impulsar la cooperación internacional y el liderazgo de México, sustentando su participación en diversos foros en materia de drogas.

III.2.1. Estrategias y líneas de acción

Objetivo 1. Fortalecer acciones de promoción de la salud y prevención ante el inicio en el consumo de las diferentes drogas.	
Estrategias	Líneas de Acción
1.1. Desarrollar acciones de promoción de la salud dirigidas a promover estilos de vida contrarios al uso de sustancias psicoactivas.	1.1.1. Impulsar acciones de prevención dirigidas especialmente a menores de edad, para sensibilizar y desalentar el consumo de sustancias psicoactivas.
	1.1.2. Promover actividades culturales, recreativas, deportivas y de promoción de la salud que fomenten conductas saludables en menores y adultos jóvenes.
	1.1.3. Fomentar la prestación de servicios de protección y promoción de salud en unidades de primer nivel de atención.
	1.1.4. Implementar programas regionales de promoción de la salud dirigidos especialmente a menores de edad, para desalentar el consumo de sustancias psicoactivas.
	1.1.5. Difundir mensajes en medios de comunicación para promover actitudes y conductas saludables contrarias al consumo de drogas, con enfoque intercultural.
	1.1.6. Fomentar el entrenamiento de padres, educadores, líderes estudiantiles y promotores comunitarios, en estrategias para desarrollar estilos de vida saludables.
	1.1.7. Impulsar acciones de participación social y comunitaria para promover la corresponsabilidad social en la prevención del consumo de sustancias psicoactivas.
1.2. Fomentar la prevención del consumo de sustancias psicoactivas en grupos vulnerables, de alto riesgo, en ámbitos específicos y municipios prioritarios.	1.2.1. Incrementar acciones de detección temprana de riesgos y casos de consumo de drogas en unidades de atención primaria de salud.
	1.2.2. Desarrollar programas de prevención del consumo de drogas dirigidos a grupos vulnerables, en sus diferentes contextos y grupos de edad.
	1.2.3. Fomentar la coordinación institucional e intersectorial, para implementar acciones preventivas en población adolescente, tanto escolarizada como no escolarizada.
	1.2.4. Elaborar proyectos preventivos del consumo de drogas dirigidos a trabajadores con profesiones, oficios y puestos con alto riesgo de consumo.
	1.2.5. Reforzar la coordinación estatal y municipal para desarrollar proyectos preventivos y de promoción de la salud, privilegiando municipios prioritarios.
	1.2.6. Desarrollar proyectos preventivos que promuevan conductas salutogénicas en los ámbitos: familiar, educativo, comunitario, laboral y penitenciario.

Objetivo 1. Fortalecer acciones de promoción de la salud y prevención ante el inicio en el consumo de las diferentes drogas.	
Estrategias	Líneas de Acción
1.3. Desarrollar proyectos preventivos por sustancia psicoactiva, incorporando en todos la perspectiva de género, el enfoque intercultural y de derechos humanos.	1.3.1. Desarrollar proyectos preventivos para desalentar y reducir el riesgo de consumo de marihuana, inhalables, cocaína, estimulantes tipo anfetamínico, alucinógenos y heroína.
	1.3.2. Desarrollar proyectos preventivos para desalentar y reducir el riesgo de consumo de medicamentos sin prescripción médica: tranquilizantes, anfetaminas, opiáceos y sedantes.
	1.3.3. Elaborar protocolos de atención ante el riesgo de consumo de nuevas sustancias psicoactivas reportadas en el Sistema de Alerta Epidemiológica.
	1.3.4. Implementar campañas informativas dirigidas a poblaciones prioritarias específicas y grupos vulnerables para prevenir el consumo de sustancias psicoactivas.
	1.3.5. Promover estilos de vida saludable, mediante campañas nacionales en espacios públicos (terminales, hospitales) incorporando enfoque intercultural, derechos humanos y género.
	1.3.6. Difundir a nivel nacional los servicios de atención que ofrece el Centro de Atención Ciudadana contra las Adicciones.

Objetivo 2. Mejorar la calidad de los servicios para el tratamiento de las adicciones, aplicando de modelos basados en evidencia científica.	
Estrategias	Líneas de Acción
2.1. Ampliar la cobertura y asegurar la calidad de los servicios para el tratamiento por consumo de drogas que ofrecen diversos centros de atención.	2.1.1. Fortalecer la operación de las unidades del sector salud que ofrecen servicios para el tratamiento por consumo de drogas.
	2.1.2. Elaborar lineamientos específicos para la operación de establecimientos con diversas modalidades de atención para el tratamiento por consumo de drogas.
	2.1.3. Promover la aplicación de criterios para el reconocimiento de establecimientos que ofrecen servicios de tratamiento para el consumo de drogas.
	2.1.4. Incrementar en las unidades de seguridad social la oferta de servicios de atención de personas con problemas por el uso de sustancias psicoactivas.
	2.1.5. Promover la regulación de centros especializados en reducción del daño por consumo de sustancias psicoactivas.

Objetivo 2. Mejorar la calidad de los servicios para el tratamiento de las adicciones, aplicando de modelos basados en evidencia científica.	
Estrategias	Líneas de Acción
2.2. Impulsar la creación y fortalecimiento de servicios de urgencias y unidades toxicológicas en hospitales en las entidades federativas.	2.2.1. Elaborar y difundir protocolos para el manejo de intoxicación aguda por consumo de diversas drogas en los servicios de urgencias.
	2.2.2. Elaborar guías clínicas y modelos de atención para unidades toxicológicas, por tipo de sustancia, para tratar personas que usan drogas.
	2.2.3. Promover con autoridades estatales la elaboración de estudios de impacto y factibilidad para crear nuevas unidades toxicológicas en hospitales regionales.
	2.2.4. Promover la capacitación continua y la actualización de las habilidades clínicas del personal que atiende servicios de urgencia y toxicológicos.
2.3. Fortalecer los programas para el tratamiento, la rehabilitación y reinserción social que se realizan en diversos ámbitos.	2.3.1. Fortalecer la operación de programas de tratamiento y rehabilitación de personas en el ámbito familiar, escolar, laboral y penitenciario.
	2.3.2. Colaborar en la implementación de Tribunales para el Tratamiento de Adicciones (TTA) en las entidades federativas seleccionadas.
	2.3.3. Generar acuerdos con sectores diversos, para coadyuvar en la reinserción social de menores infractores y la reinserción laboral en adultos.
	2.3.4. Impulsar el desarrollo de propuestas para atención de indígenas y mujeres en situación de reclusión que tienen problemas de adicción.
	2.3.5. Impulsar medidas de reducción de riesgos y daños por el consumo de sustancias psicoactivas en personas que usan drogas inyectables.

Objetivo 3. Promover la actualización y fortalecimiento del marco normativo en materia de adicciones, impulsando la participación de organizaciones diversas.	
Estrategias	Líneas de Acción
3.1. Promover el fortalecimiento de la normatividad para atenuar el impacto del consumo de drogas en la salud de la población.	3.1.1. Gestionar la coordinación intersectorial para promover iniciativas para fortalecer el marco legal y jurídico para atender el consumo de drogas.
	3.1.2. Promover la creación y actualización de las normas oficiales mexicanas orientadas a la atención integral del consumo de sustancias psicoactivas.
	3.1.3. Impulsar la actualización de mecanismos que regulan la comercialización de inhalables y medicamentos controlados que se consumen indebidamente o sin prescripción.
	3.1.4. Proponer el análisis del estatus de los precursores químicos en la mesa de análisis coordinada por CENAPI, para mantenerlo actualizado.
	3.1.5. Promover el análisis sobre la regulación de sustancias psicoactivas de mayor consumo con la participación de expertos y sociedad civil.

Objetivo 3. Promover la actualización y fortalecimiento del marco normativo en materia de adicciones, impulsando la participación de organizaciones diversas.	
Estrategias	Líneas de Acción
3.2. Regular y fortalecer el papel de organizaciones de la sociedad civil especializadas en atención y prevención del consumo de sustancias psicoactivas.	3.2.1. Elaborar un padrón de organizaciones de la sociedad civil especializadas en la prevención y atención integral de las adicciones.
	3.2.2. Fomentar actividades académicas para apoyar la actualización y formación de personal que labora en organizaciones de la sociedad civil.
	3.2.3. Promover la certificación de competencias en consejería en adicciones para personal que ofrece tratamiento en organismos de la sociedad civil.
3.3. Difundir y estimular el cumplimiento de la normatividad en materia de adicciones en coordinación con instancias federales, estatales y municipales.	3.3.1. Promover la difusión de la normatividad vigente entre instituciones que brindan servicios de prevención y tratamiento por consumo de drogas.
	3.3.2. Reforzar la vinculación entre niveles de gobierno y los diversos sectores para vigilar de manera coordinada la aplicación de la normatividad.
	3.3.3. Establecer mecanismos de reconocimiento de organizaciones destacadas por sus aportaciones a la atención y prevención del consumo de sustancias psicoactivas.
	3.3.4. Impulsar con organizaciones de la sociedad civil y del sector laboral, el cumplimiento de la normatividad en materia de adicciones.

Objetivo 4. Contribuir al desarrollo de proyectos de investigación e innovación tecnológica en adicciones para fundamentar políticas públicas y toma de decisiones.	
Estrategias	Líneas de Acción
4.1. Impulsar el desarrollo de encuestas nacionales y estatales sobre el consumo de sustancias psicoactivas	4.1.1 Fortalecer la vigilancia epidemiológica del consumo de drogas en el país a través de la Encuesta Nacional de Adicciones 2016.
	4.1.2 Impulsar la vigilancia epidemiológica local promoviendo con autoridades de las entidades federativas la realización de encuestas estatales de adicciones.
	4.1.3 Gestionar el patrocinio de organismos nacionales e internacionales para financiar proyectos de investigación científica, innovación y desarrollo tecnológico en adicciones.

Objetivo 5. Impulsar la cooperación internacional y el liderazgo de México, sustentando su participación en diversos foros en materia de drogas.	
Estrategias	Líneas de Acción
5.1. Fomentar la participación y coordinación de nuestro país con organismos internacionales que regulan o promueven acciones de reducción de la demanda.	5.1.1. Promover la coordinación entre la ONUDD y diversas instancias federales vinculadas con la reducción de la demanda de drogas en México.
	5.1.2. Fortalecer la cooperación de nuestro país con diversas instancias internacionales vinculadas con el tema de drogas: OPS, JIFE, CICAD, COPOLAD.
	5.1.3. Elaborar proyectos de investigación aplicada en materia de adicciones, como parte de la Red de Centros de Colaboración de la OMS.
	5.1.4. Promover el intercambio técnico con agencias internacionales o institutos especializados en materia de adicciones de otros países.
	5.1.5. Consolidar el papel de México en la Reunión del Grupo de Expertos en Reducción de la Demanda de Drogas de la CICAD.
5.2. Fortalecer acciones de cooperación e intercambio para reducir riesgos y daños de consumo de sustancias psicoactivas en población migrante.	5.2.1. Fortalecer el intercambio con países de la región para ampliar la cooperación frente a retos compartidos como migración y consumo de drogas.
	5.2.2. Diseñar programas con enfoque de género, interculturalidad y derechos humanos, para fortalecer la atención de migrantes en ambas fronteras del país.
	5.2.3. Favorecer el intercambio internacional de las mejores prácticas en reducción de daños y riesgos frente al consumo de sustancias psicoactivas.
	5.2.4. Diseñar materiales para difundir mensajes preventivos del consumo de drogas en los consulados mexicanos cercanos a las fronteras del país.
	5.2.5. Desarrollar campañas informativas en ambas fronteras para favorecer la prevención, la reducción de riesgos y daños por consumo de drogas.
5.3 Consolidar la vinculación bilateral, regional y multilateral de México como actor relevante en acciones de reducción de la demanda de drogas.	5.3.1. Establecer alianzas y acuerdos con las instancias responsables de la reducción de la demanda pertenecientes a países de la región.
	5.3.2. Desarrollar acuerdos bilaterales y multilaterales que promuevan intercambio de tecnologías efectivas en la reducción de la demanda de drogas.
	5.3.3. Difundir los avances de México en reducción de la demanda de sustancias psicoactivas en diversos foros regionales, bilaterales y multilaterales.
	5.3.4. Informar y dar seguimiento a los proyectos sobre reducción de la demanda de drogas, desarrollados en el marco de la Iniciativa Mérida.
	5.3.5. Consolidar la posición del Gobierno Mexicano respecto a la regulación de sustancias psicoactivas anteponiendo el derecho a la salud.

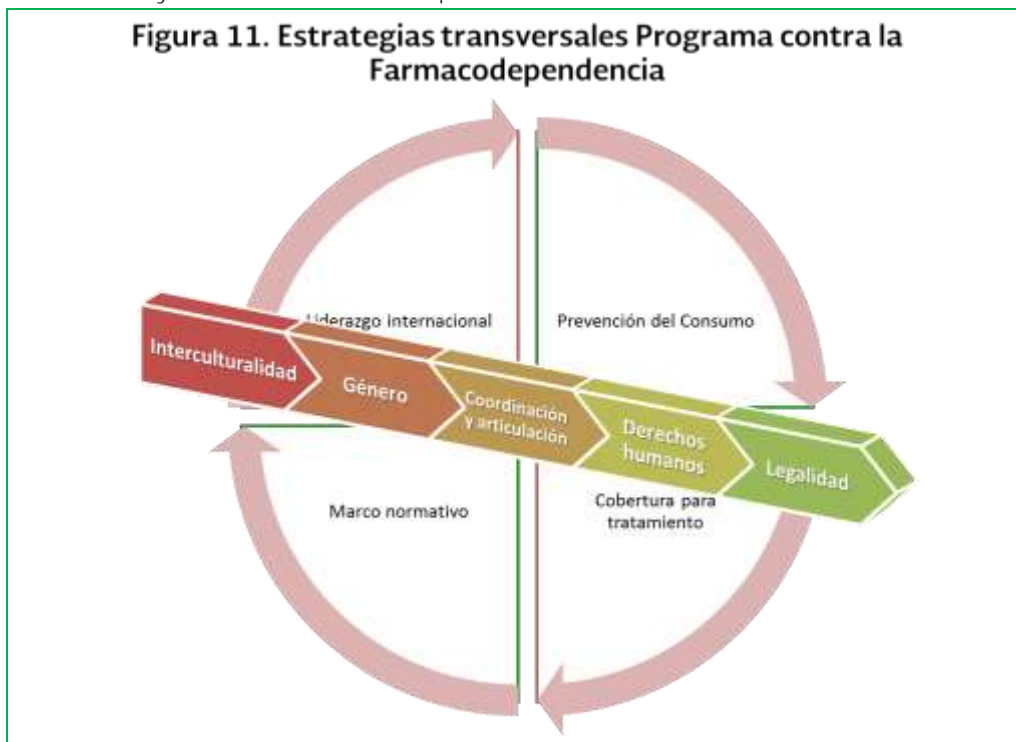
III.2.2. Estrategias transversales

Para cada objetivo se han incluido líneas de acciones transversales, con base en la perspectiva de género, el enfoque intercultural, el respeto a los derechos humanos, la capacitación permanente, desarrollo de proyectos de investigación y evaluación operativa de las acciones del programa.

El consumo de drogas, hasta llegar a la dependencia de una o varias sustancias, es considerado como parte del *continuo de una enfermedad* que comúnmente se denomina adicción. Bajo esta premisa, es imperioso proteger y respetar los derechos que los usuarios tienen como personas y como pacientes, especialmente cuando se trata de ofrecer un tratamiento para reducir los daños asociados al consumo. Este ejercicio deberá permear todos los niveles de atención, los cuales deben estar a cargo de personal calificado y en establecimientos que

cumplan con estándares de calidad, que ofrezcan servicios dignos, adecuados y suficientes a los usuarios y a sus familias¹⁰.

En atención a la composición intercultural que caracteriza a nuestra nación, se deben proponer políticas adecuadas concebidas desde un enfoque intercultural, que se genere con base en un diálogo respetuoso y cercano con diversos grupos vulnerables de la población, como son: los pueblos originarios, los migrantes, la comunidad lésbico, gay, bisexual, transexual, travesti, transgénero e intersexual (LGBTTTI); las tribus urbanas, etc., donde el reconocimiento de la diversidad sea motivo de armonía, respeto, igualdad y justicia, y en la que se escuchen las necesidades de todos estos grupos culturales¹¹. Con la adopción de este enfoque, se evita el riesgo de implementar políticas de tutelaje y asistencialismo¹² que resulten poco eficaces para lograr el desarrollo integral de los diversos grupos.



¹⁰ OEA. (s/f). El Problema de las Drogas en las Américas: Estudios. Capítulo 2: Drogas y salud pública. Washington, D. C.

¹¹ Almaguer-González, Vargas-Vite, García-Ramírez. (s/f). Interculturalidad en Salud (marco conceptual y operativo). Modelo intercultural para la Implantación en los Servicios de

Salud. En: <http://www.dgplades.salud.gob.mx/Contenidos/Documentos/Eventos/2TallerNacional/ModeloIntercultural.pdf>

¹² Presidencia de la República. Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018. México.

Del mismo modo, es necesario reconocer las diferencias que existen entre hombres y mujeres ante el consumo de drogas ilícitas, considerando que si bien es actualmente un fenómeno predominantemente masculino, en los últimos años se ha observado un incremento sostenido del consumo entre las mujeres.

Desde una perspectiva de género, aunado al estigma que pesa sobre los usuarios de drogas, en tanto “viciosos” o “delincuentes”, las mujeres que consumen sustancias adictivas cargan con un doble estigma, en virtud del rol tradicional que por siglos se les ha atribuido.

Es por ello que para ellas es aún más difícil que para los hombres acudir en busca de tratamiento cuando tienen una adicción, pues además del estigma asociado a las personas que usan drogas, temen el rechazo de su pareja, su familia o la comunidad, o bien, no encuentran el apoyo necesario en el entorno para cubrir su rol social mientras se encuentran en tratamiento.

Por otra parte, el uso de drogas está asociado a un mayor riesgo de ser víctimas de violencia y tener relaciones sexuales sin protección¹³ y, por lo tanto, de presentar un embarazo no deseado o adquirir una infección de transmisión sexual¹⁴. Asimismo, las personas que se inyectan drogas con equipos contaminados, presentan un riesgo mayor de adquirir VIH y otras enfermedades¹⁵.

De esta perspectiva, surge la necesidad de ofrecer respuestas institucionales efectivas para la prevención y la rehabilitación, lo que debe derivar en el establecimiento de programas y servicios que tomen en cuenta las diferencias de género de hombres y mujeres, así como su relación con el entorno social.

III.3. Metas e indicadores

Se han establecido 6 indicadores de resultados y 2 de impacto, para determinar el grado de avance en el cumplimiento de los objetivos del Programa contra la Farmacodependencia 2015-2018, los cuales podrán ser evaluados con base en los reportes de diversas fuentes confiables de información. Los indicadores son:

Indicador 1. Porcentaje de personas de 18 a 34 años que reciben acciones de prevención de adicciones.

Indicador 2. Porcentaje de personas que recibieron capacitación en materia de prevención y atención de adicciones respecto a la demanda programada.

Indicador 3. Porcentaje de Comités Municipales contra las Adicciones operando en municipios prioritarios.

Indicador 4. Porcentaje de visitas de seguimiento y supervisión realizadas a establecimientos especializados en adicciones.

Indicador 5. Realizar una encuesta nacional para conocer las prevalencias de consumo de drogas ilegales y medicamentos fuera de prescripción.

¹³ CONADIC, SS. Encuesta Nacional de Adicciones 2011. Drogas Ilegales. Bloque 7. Tendencias de indicadores sobre percepción, exposición a la prevención y conducta antisocial. México. 2012.

¹⁴ Gobierno de la República. SEGOB, CONAPO. Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes. México. 2015.

¹⁵ ONUSIDA. ONUSIDA 2015. Directrices. Presentación de informes sobre los avances en la respuesta mundial al SIDA 2015. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. Ginebra, Suiza.

Objetivo 1. Fortalecer acciones de promoción de la salud y prevención ante el inicio en el consumo de las diferentes drogas.					
Indicador 1.	Porcentaje de personas de 18 a 34 años que reciben acciones de prevención de adicciones.				
Indicador:	$(\text{Número de personas de 18 a 34 años que reciben acciones de prevención de adicciones}) / (\text{Número de personas de 18 a 34 años programadas para recibir acciones de prevención de adicciones}) \times 100$				
Descripción general:	Este indicador servirá para dimensionar el alcance de las acciones para la prevención y atención integral de las adicciones en beneficio de la población de adultos jóvenes de 18 a 34 años en el país, en beneficio de su salud y la de su familia.				
Observaciones:	Según estimaciones de CONAPO, en 2014 en el país había 33, 756,779 adultos jóvenes entre 18 y 34 años, quienes se encuentran al inicio de su vida productiva, por lo que es necesario prevenir el consumo de drogas médicas fuera de prescripción y drogas ilegales. Entre las acciones preventivas se encuentran: sesiones informativas y de orientación; asistencia a jornadas intensivas y ferias de la salud; recibir apoyo en calidad de familiar de usuario de drogas; participación en actividades culturales, deportivas y artísticas; concursos y talleres, entre otras.				
Periodicidad:	Anual				
Fuente:	Sistema de Información de los Consejos Estatales contra las Adicciones (SICECA) y Sistema Integral de Información Estadística (SIE) de Centros de Integración Juvenil.				
Referencias adicionales:	Es una meta de alcance nacional, que se desarrolla a través de actividades, es acumulable, monitoreable de manera trimestral a través de una medida de proporción.				
Línea-base	Meta				
2014	2015	2016	2017	2018	Meta acumulada
2,682,295	3,261,098	3,485,208	3,729,329	3,995,462	14,471,097
Avance en el cumplimiento	100%	100%	100%	100%	100%

Objetivo 1. Fortalecer acciones de promoción de la salud y prevención ante el inicio en el consumo de las diferentes drogas.					
Indicador 2.	Porcentaje de personas que recibieron capacitación en materia de prevención y atención de adicciones respecto a la demanda programada.				
Indicador:	$(\text{Número de personas capacitadas anualmente} / \text{Número de personas programadas para ser capacitadas anualmente}) \times 100$				
Descripción general:	Se refiere a las personas de diversos ámbitos (salud, escolar, laboral, comunitario, de desarrollo social), que reciben capacitación en prevención y atención de adicciones por parte de personal especializado.				
Observaciones:	El propósito de la capacitación es contribuir a fortalecer la operación y elevar la calidad de los servicios para la prevención y atención de las adicciones. Participan los profesionales que laboran tanto en las Comisiones como en los Consejos Estatales contra las Adicciones, en los Centros de Atención Primaria en Adicciones y los Centros de Integración Juvenil, a través de cursos y talleres dirigidos a diversos grupos de la población: maestros, estudiantes, padres de familia, trabajadores y líderes de la comunidad.				

Objetivo 1. Fortalecer acciones de promoción de la salud y prevención ante el inicio en el consumo de las diferentes drogas.					
Indicador 2.	Porcentaje de personas que recibieron capacitación en materia de prevención y atención de adicciones respecto a la demanda programada.				
Periodicidad:	Anual.				
Fuente:	Sistema de Información de los Consejos Estatales contra las Adicciones (SICECA) y Sistema de Información de Capacitación de CIJ.				
Referencias adicionales:	Es una meta de alcance nacional, es acumulable, y se monitorea de manera trimestral y anual.				
Línea-base	Meta				
2014	2015	2016	2017	2018	Meta acumulada
105,000	105,000	105,000	105,000	105,000	420,000
Avance en el cumplimiento	100%	100%	100%	100%	100%

Objetivo 1. Fortalecer acciones de promoción de la salud y prevención ante el inicio en el consumo de las diferentes drogas.				
Indicador 3.	Porcentaje de Comités Municipales contra las Adicciones (COMCA) operando en municipios prioritarios.			
Indicador:	$(\text{Número de COMCA operando} / \text{Número de COMCA instalados}) \times 100$			
Descripción general:	Los Comités Municipales contra las Adicciones (COMCA) son órganos colegiados, constituidos por representantes de instituciones vinculadas con la prevención y atención de adicciones, en coordinación con los Consejos Estatales contra las Adicciones.			
Observaciones:	En México existen 2,457 municipios, en los que potencialmente podría instalarse un COMCA, dirigido por el Presidente Municipal y operado por un Secretario Técnico, quien puede ser el titular de los servicios de salud en el municipio. La instalación del COMCA debe prever la temporalidad en la ocupación del cargo del Presidente Municipal (3 años), para dar continuidad a las acciones más allá del cambio de gobierno.			
Periodicidad:	Anual.			
Fuente:	Sistema de Información de los Consejos Estatales contra las Adicciones (SICECA).			
Referencias adicionales:	Es una meta de alcance nacional, que se desarrolla a través de actividades, no es acumulable, pero sí es monitoreable de manera trimestral a través de una medida de proporción.			
Línea-base	Meta			
2014	2015	2016	2017	2018
123	123	123	123	123
Avance en el cumplimiento	100%	100%	100%	100%

Objetivo 2. Mejorar la calidad de los servicios para el tratamiento de las adicciones, aplicando de modelos basados en evidencia científica.				
Indicador 4.	Porcentaje de visitas de seguimiento y supervisión realizadas a establecimientos especializados en adicciones.			
Indicador:	$(\text{Número de visitas de seguimiento y supervisión a establecimientos especializados en adicciones realizadas} / \text{Número de visitas de seguimiento y supervisión a establecimientos especializados en adicciones programadas}) \times 100$			
Descripción general:	Se refiere a visitas que se llevan a cabo en los establecimientos de atención residencial especializados en adicciones, para dar seguimiento a su proceso de reconocimiento con base en la Norma Oficial Mexicana-028-SSA2-2009 para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones.			
Observaciones:	Pueden efectuarse a los establecimientos ya reconocidos, a los que tienen reportes de prácticas negativas, a los que se encuentran con dictamen pendiente, o bien, a los que están censados pero todavía no han sido reconocidos.			
Periodicidad:	Anual.			
Fuente:	Reportes de la Oficina Nacional para el Control del Alcohol y Drogas Ilícitas, CENADIC/CONADIC.			
Referencias adicionales:	Es una meta de alcance nacional, que se desarrolla a través de procedimientos oficiales por parte de un equipo técnico especializado y facultado para hacer la supervisión. No es acumulable y se monitorea de manera anual.			
Línea-base	Meta			
2014	2015	2016	2017	2018
1,630	1,630	1,630	1,630	1,630
Avance en el cumplimiento	100%	100%	100%	100%

Objetivo 4. Contribuir al desarrollo de proyectos de investigación e innovación tecnológica en adicciones para fundamentar políticas públicas y toma de decisiones.	
Indicador 5.	Realizar una encuesta nacional para conocer las prevalencias de consumo de drogas ilegales y medicamentos fuera de prescripción.
Indicador:	$(\text{Encuesta Nacional de Adicciones realizada}) / (\text{Encuesta Nacional de Adicciones programada}) \times 100$
Descripción general:	Se prevé realizar la Encuesta Nacional de Adicciones 2016 (ENA 2016), en población general de 12 a 65 años, en zonas rurales y urbanas, que vive en hogares. Esta encuesta tiene un gran valor metodológico y una riqueza estratégica de la mayor relevancia para fundamentar la toma de decisiones y desarrollar políticas públicas en la materia, ya que da continuidad al desarrollo de encuestas anteriores para mantener un diagnóstico actualizado y conocer las tendencias de este problema de salud a lo largo del tiempo.
Observaciones:	La ENA 2016 satisface una demanda permanente de información para el diseño y planeación de acciones en los servicios de salud que permitan dar una atención de calidad, acorde con la magnitud del problema, en términos de prevención y tratamiento del consumo y dependencia de tabaco, alcohol y otras drogas en nuestro país..

Objetivo 4. Contribuir al desarrollo de proyectos de investigación e innovación tecnológica en adicciones para fundamentar políticas públicas y toma de decisiones.				
Indicador 5.	Realizar una encuesta nacional para conocer las prevalencias de consumo de drogas ilegales y medicamentos fuera de prescripción.			
Periodicidad:	Por única vez en el período 2015-2018.			
Fuente:	Reporte de Drogas de la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) 2016.			
Referencias adicionales:	Es una meta de alcance nacional y no es acumulable.			
Línea-base	Meta			
2015	2016	2017	2018	Meta
--	1	--	--	1
Avance en el cumplimiento	100%	--	--	100%

V. Estrategia de implementación

IV. Estrategia de implementación

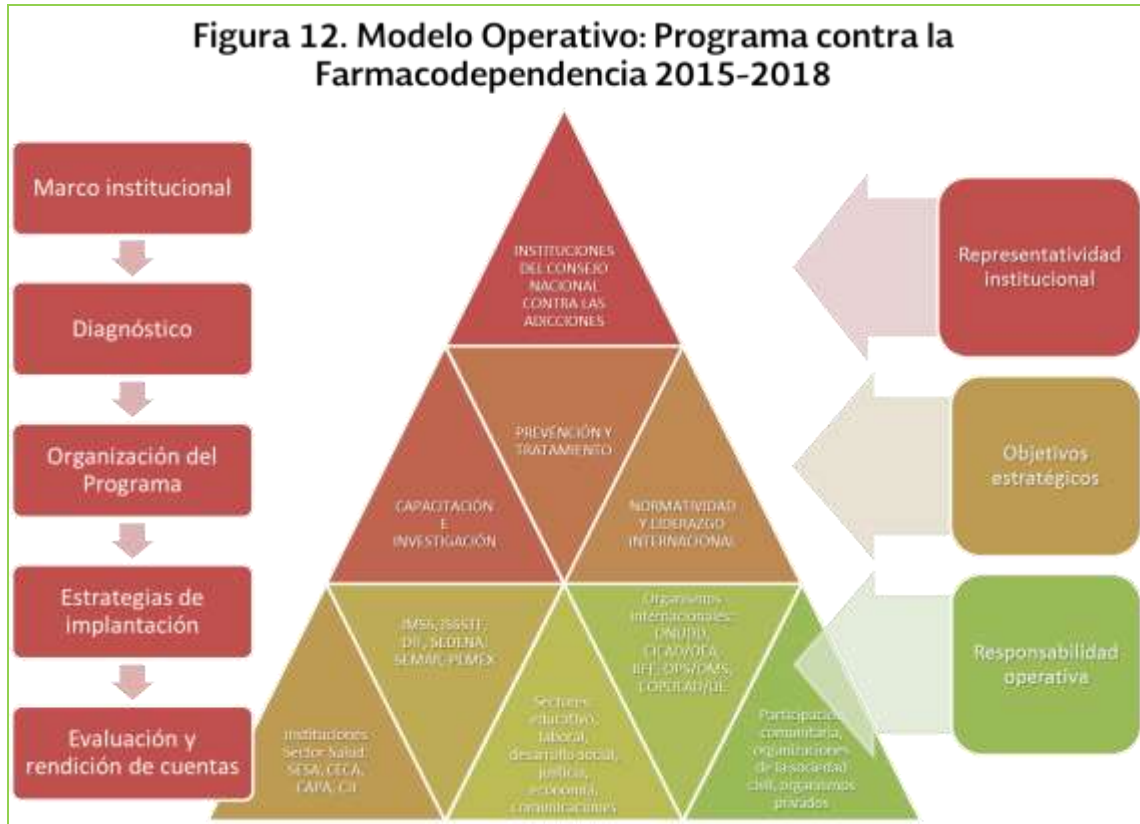
El Programa contra la Farmacodependencia 2015-2018 se basa en un modelo de coordinación y vinculación, orientado hacia la prevención de riesgos y promoción de la salud, así como en el de una atención integral oportuna basada en mejores prácticas y evidencias científicas.

En este modelo participan instituciones, organismos y dependencias pertenecientes a diversos sectores, cuyas propuestas son presentadas y en su caso, aprobadas por los Miembros Titulares del Consejo Nacional contra las Adicciones, máximo órgano colegiado en adicciones del país, presidido por la Secretaría de Salud. Por lo tanto, cuenta con legitimidad y el aval necesario para implementar su operación en todos

los niveles y estructuras destinadas actualmente a la prestación de servicios preventivos y al tratamiento de las adicciones en el país.

IV.1. Modelo operativo

En virtud de su carácter intersectorial, el presente Programa será instrumentado a través de un modelo operativo incluyente, que considere la coordinación y vinculación con instituciones, organismos y dependencias de los tres órdenes de gobierno y los sectores público, social y privado, así como de las diversas instituciones que conforman el Sector Salud (ver figura 12).



IV.2. Estructura y niveles de responsabilidad

De acuerdo con la Ley General de Salud, corresponde al Consejo Nacional contra las Adicciones, órgano colegiado creado por Decreto Presidencial en 1986 y presidido por el Titular de la Secretaría de Salud proponer y evaluar los Programas Nacionales contra el Alcoholismo y Abuso de Bebidas Alcohólicas, el Tabaquismo y la Farmacodependencia, y por tanto, validar la puesta en marcha y evaluar los resultados del presente Programa.

Es por ello que el diseño e instrumentación del Programa contra la Farmacodependencia es responsabilidad de la Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC).

Para impulsar su operación, la CONADIC se coordina estrechamente con estructuras análogas en las entidades federativas, siendo las Comisiones y Consejos Estatales contra las Adicciones (CECA) en quienes recae la responsabilidad de operar los servicios para la prevención y la atención integral

de las adicciones en todo el país, a través de las Unidades Médicas Especializadas-Centros de Atención Primaria en Adicciones (UNEME-CAPA).

De manera externa, las áreas en las que también recae la responsabilidad de instrumentar el Programa, son todas aquellas instituciones, organismos y dependencias de los sectores público, social y privado que conforman el Consejo Nacional contra las Adicciones, las cuales establecen compromisos intersectoriales para impulsar, fortalecer y avalar la operación de los servicios, en busca de una mejora continua en la calidad de los mismos.

IV.3. Etapas para la instrumentación

La instrumentación del presente programa, se llevará a cabo a través de seis etapas que van desde la planeación-programación, hasta el seguimiento y la evaluación, como se describe en el siguiente esquema (figura 13).

Figura 13. Programa contra la Farmacodependencia 2015-2018



V. Evaluación y rendición de Cuentas

V. Evaluación y rendición de cuentas

La medición de los avances en el logro de los Objetivos del presente Programa, el cual estará disponible en la página oficial de la Comisión Nacional contra las Adicciones <http://www.conadic.salud.gob.mx/> a partir de su publicación, se llevará a cabo a través de los diferentes sistemas de reporte de información alojados en el Observatorio Mexicano de Tabaco, Alcohol y Otras Drogas (OMEXTAD), el cual se nutre de diversas fuentes y mecanismos que dan cuenta de manera periódica y continua del desarrollo de acciones, tanto de prevención como de tratamiento, capacitación e investigación, así como de otros indicadores de gestión y cumplimiento de las metas de este Programa.

Los Indicadores establecidos aquí se suman a otros más específicos, que son registrados en el Sistema de Información de los Consejos Estatales contra las Adicciones (SICECA), cuyos reportes de avance se generan trimestralmente, y sirven de base para elaborar posteriormente los informes semestrales y anuales.

Existen también metas estatales para el desarrollo de acciones en materia de prevención y tratamiento de las adicciones, las cuales han sido comprometidas con base en la firma de Convenios Específicos en materia de Transferencia de Recursos para las Acciones de Reducción en el Uso de Sustancias Adictivas (CRESCA) en las entidades federativas.

Todos los indicadores son auditables y la información sobre la aplicación de los recursos se podrá consultar regularmente en la página web del Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales <http://inicio.ifai.org.mx/SitePages/ifai.aspx> para contribuir a una adecuada rendición de cuentas.

V.1. Sistema de monitoreo y seguimiento

El monitoreo de las actividades del Programa se realizará a través de informes trimestrales y se diseñarán boletines semestrales para divulgar la

situación prevaleciente en la prevención y atención integral de las adicciones a nivel nacional. Al monitoreo del cumplimiento de las acciones del Programa de Acción, se añadirá el acompañamiento y asesoría que se brinden de manera permanente por directivos y personal de apoyo de la Comisión Nacional contra las Adicciones.

De igual manera será fundamental la participación de las Comisiones, Consejos Estatales y Municipales contra las Adicciones, así como de las instituciones y organizaciones participantes, a fin de mantener identificadas las áreas de oportunidad, las amenazas, las debilidades y las fortalezas del Programa, con el propósito de instrumentar acciones para corregir desviaciones en caso de ser necesario.

De todo lo anterior se mantendrá informado al pleno del Consejo Nacional contra las Adicciones, así como a las entidades federativas, con el fin de establecer nuevos acuerdos para actualizar y reorientar las estrategias de la política pública para la atención del problema que nos ocupa.

V.2. Evaluación de resultados

Evaluar significa realizar un ejercicio de análisis sobre el cumplimiento de los objetivos, o bien, de la diferencia de los resultados logrados respecto a los esperados. Evaluar también es la acción de medir un proceso o el desempeño de un programa, comparar lo programado con lo realizado y establecer un juicio sobre esta diferencia. También significa medir si se están cubriendo las necesidades de la población objetivo a través de la percepción de la calidad de los servicios recibidos en función de sus necesidades.

De ahí que la evaluación periódica del Programa contra la Farmacodependencia 2015-2018 permitirá ir haciendo cortes en el proceso de ejecución para averiguar si se están cumpliendo los objetivos o se está desviando de lo previsto. Esta es la utilidad de la evaluación de resultados para tomar decisiones a tiempo y corregir procesos.

En este Programa, la evaluación de resultados se realizará de manera anual, y se presentará a través de un Informe al Consejo Nacional contra las Adicciones; se efectuará periódicamente la medición de indicadores verificando la realización de las acciones con base en su programación para identificar el nivel de ejecución de cada indicador, además del avance logrado en las metas programadas en función de los objetivos y de los resultados obtenidos a través del tiempo.

El Programa también podrá ser evaluado por instancias externas, a fin de propiciar los procesos de mejora continua, optimización de recursos, y de orientación a resultados.

V.3. Evaluación del impacto.

Para evaluar el impacto se ponderarán los efectos producidos por el desarrollo de las estrategias y las acciones específicas del Programa, tanto en el nivel preventivo como en el tratamiento de las adicciones, los cuales son multifactoriales y por tanto, difíciles de medir de manera directa. Si bien la evaluación de resultados mide las modificaciones inmediatas que un programa introduce en la población destinataria del mismo, la evaluación del impacto analiza los efectos acumulados del programa en el mediano y largo plazo (Sánchez-Pardo, s/f).

V.4. Acciones de mejora continua

La implementación de las estrategias y líneas de acción del Programa podrá coadyuvar al buen gobierno y al desarrollo nacional en general, al promover que los diversos grupos de la comunidad participen en actividades para disminuir y contrarrestar los problemas ocasionados por el consumo de drogas tanto en la salud individual, como colectiva. Personas más sanas, con habilidades sociales fortalecidas, con redes de apoyo y de servicios eficientes, tendrán mejores condiciones para desarrollar su potencial como seres humanos, contribuyendo con ello al desarrollo de la vida nacional.

Sin embargo, para continuar avanzando en el fortalecimiento y optimización de los recursos

destinados a lograr estos propósitos, será necesario reforzar la estructura administrativa actual de la Comisión Nacional contra las Adicciones, ya que desde su creación por Decreto Presidencial en enero de 2011, quedó desvinculada del área operativa representada por el Centro Nacional para la Prevención y Control de las Adicciones, creado al mismo tiempo, generando con ello una duplicidad de funciones que ha dificultado sensiblemente el logro de objetivos nacionales en la materia.

La integración de ambas estructuras, bajo una sola figura administrativa de Comisionado Nacional contra las Adicciones, así como su transformación en un órgano desconcentrado, facilitará la armonización entre el diseño de planes, políticas y lineamientos en materia de prevención y atención integral, con la operación de dichos ordenamientos a nivel nacional, estatal y municipal, a través de acciones organizadas de coordinación y vinculación. Asimismo, se permitirá eficientar la aplicación de recursos a las entidades federativas, para el desarrollo de proyectos, fortalecer la infraestructura y mejorar la calidad de los servicios con acciones de ajuste, transparencia y rendición de cuentas.

Adicionalmente, para favorecer la mejora continua del Programa, se analizarán regularmente los reportes de evaluación, para identificar áreas de oportunidad y desarrollar adecuaciones pertinentes, revisando y actualizando los procesos (si es el caso), realizando acciones de capacitación, innovación y desarrollo, y manteniendo un diálogo permanente con los Consejos y Comisiones Estatales contra las Adicciones, así como con los representantes de las instituciones, dependencias y organismos de la sociedad civil que participan en la instrumentación de las estrategias.

Todo ello habrá de contribuir a un óptimo desarrollo de las acciones destinadas a la prevención y atención integral de las adicciones, así como a elevar la calidad de vida y la salud de las y los mexicanos.

Referencias Bibliográficas

Referencias Bibliográficas

- Comisión Nacional contra las Adicciones (2015). *Programa de Acción Específico: Prevención y Atención Integral de las Adicciones 2013-2018*. Secretaría de Salud, México. Disponible en: http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/programas/PAE_2015.pdf [consultado el 18 de enero de 2015].
- Dirección General de Epidemiología. (2013). *Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA): Informe 2012*. Secretaría de Salud, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. Disponible en: http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/inf_sisvea/informes_sisvea_2012.pdf [consultado el 25 de noviembre de 2014].
- Executive Office of the President of the United States. *National Drug Control Strategy 2014*. (2015). Washington, DC. Disponible en: https://www.whitehouse.gov/sites/default/files/ndcs_2014.pdf
- Guisa-Cruz, V. (s/f). *Clínica de metadona*. Pp.19-23. Disponible en <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/jn2602meta.pdf> [consultado el 29 de noviembre de 2014].
- Lozano, R., Gómez-Dantés, H., Garrido-Latorre, F., Jiménez-Corona, A., Campuzano-Rincón, J.C., Franco-Marina, F., Medina-Mora, M.E., et al. (2013). Carga de enfermedad y sistema de salud en México. *Salud Pública de México*. 55(6), pp. 580-94. México.
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2013). *International Standards on Drugs Use Prevention*. Disponible en: http://www.unodc.org/documents/prevention/prevention_standards.pdf [consultado el 27 de noviembre de 2014].
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2010). *Consumo de drogas en población privada de libertad y la relación entre delito y droga*. Sistema Subregional de Información e Investigación sobre Drogas en Argentina, Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Uruguay. Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas. Disponible en: https://www.unodc.org/documents/peruandecuador//Publicaciones/Consumo_de_drogas.pdf [consultado el 2 de junio de 2015].
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2011). *De la coerción a la cohesión: tratamiento de la drogodependencia mediante atención sanitaria en lugar de sanciones. Tratamiento de la drogodependencia mediante atención sanitaria en lugar de sanciones*. Documento de debate. Viena, Austria. Disponible en: https://www.unodc.org/docs/treatment/Coercion/Coercion_SPANISH.pdf [consultado el 3 de diciembre de 2015].
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2015). *World Drug Report 2014*. Nueva York, Publicación de Naciones Unidas.
- Organización de Estados Americanos. (2013). *Escenarios para el problema de las drogas en las Américas 2013-2025*. Washington, DC. ISBN 978-0-8270-5989-4. Disponible en: http://www.descentralizadrogas.gov.co/pdfs/documentacion/publicaciones/Escenarios_para_el_problema_de_las_drogas_en_Las_Americas.pdf
- Organización de las Naciones Unidas (s/f). *Convención contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas 1988*. Disponible en: https://www.unodc.org/pdf/convention_1988_es.pdf [consultado el 10 de diciembre de 2015].
- Organización de las Naciones Unidas (s/f). *Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes. Enmendada por el Protocolo de 1972 de Modificación de la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes*. Naciones Unidas. Disponible en: https://www.unodc.org/pdf/convention_1961_es.pdf [consultado el 10 de diciembre de 2015].
- Organización de las Naciones Unidas. (s/f). *Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971*. Naciones Unidas. Viena, Austria. Disponible en: https://www.unodc.org/pdf/convention_1971_es.pdf [consultado el 10 de diciembre de 2015].
- Presidencia de la República (2013). *Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018*. México, D.F.
- Secretaría de Hacienda y Crédito Público. (2013). *Guía técnica para la elaboración de los programas derivados del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018*. México, D.F.
- Secretaría de Salud. (2014). *Programa Sectorial de Salud 2013-2018*. México, D.F.
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2009). *Principles of Drug Dependence Treatment*. Discussion Paper, New York, 2009. Disponible en: https://www.unodc.org/docs/treatment/Principles_of_Drug_Dependence_Treatment_and_Care.pdf [consultado el 2 de junio de 2015].

Villatoro-Velázquez, J.A., Medina-Mora, M.E., Fleiz-Bautista, C., Téllez-Rojo, M.M., Mendoza-Alvarado, L.R., Romero-Martínez, M., et al. (2012). Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Drogas. Secretaría de Salud, INPRFM; INSP, México DF. Disponible en:

http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ENA_2011_DROGAS_ILICITAS_.pdf

Abreviaturas y Acrónimos

Abreviaturas y Acrónimos

CIJ	Centros de Integración Juvenil, A. C.
CICAD	Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas
CONADIC	Comisión Nacional contra las Adicciones.
COMCA	Consejo Municipal contra las Adicciones.
CECA	Consejo Estatal contra las Adicciones.
ENA	Encuesta Nacional de Adicciones.
INPRF	Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”.
ONUDD	Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito.
OEA	Organización de Estados Americanos
OMS	Organización Mundial de la Salud.
OPS	Organización Panamericana de la Salud.
PND	Plan Nacional de Desarrollo.
PROSESA	Programa Sectorial de Salud.
SS	Secretaría de Salud.
STPS	Secretaría del Trabajo y Previsión Social.
SESA	Servicios Estatales de Salud.
SISVEA	Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones.
DIF	Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.
UNEME-CAPA	Unidad Médica Especializada - Centro de Atención Primaria en Adicciones.

Glosario de Términos



Glosario de Términos

A

Adicción o dependencia a las drogas: es el estado psicofísico causado por la interacción de un organismo vivo con un fármaco, alcohol, tabaco u otra droga, caracterizado por modificación del comportamiento y otras reacciones que comprenden siempre un impulso irreprímible por tomar dicha sustancia en forma continua o periódica, a fin de experimentar sus efectos psíquicos y a veces para evitar el malestar producido por la privación.

Adicto o farmacodependiente: es la persona con dependencia a una o más sustancias psicoactivas.

C

Consejo de salud: es una intervención breve que puede ser aislada o sistemática, cuyo objetivo es que el paciente o usuario de servicios de salud adopte un cambio voluntario en su conducta con un impacto positivo en la salud.

Consejería en adicciones: es el proceso de acompañamiento que facilita el progreso de la usuaria o usuario en el tratamiento y la rehabilitación en modalidad de atención residencial, a través de la definición de metas y objetivos claros del proceso de intervención determinados por la consejera o consejero y la usuaria o usuario. Incluye conocimientos, actitudes y destrezas orientadas a favorecer el proceso de recuperación, desde una visión integral de diversos abordajes y estrategias adecuadas a las características individuales, grupales y familiares, así como a las relacionadas con el contexto social y cultural.

Consumo de sustancias psicoactivas (tabaco, alcohol y drogas): es el rubro genérico que agrupa diversos patrones de uso y abuso de sustancias psicoactivas, ya sean medicamentos o tóxicos naturales, químicos o sintéticos que actúan sobre el Sistema Nervioso Central.

Consumo perjudicial: es el uso nocivo o abuso de sustancias psicoactivas, el patrón desadaptativo de consumo, manifestado por consecuencias adversas significativas y recurrentes, relacionadas con la administración repetida de alguna o varias sustancias.

D

Diagnóstico de dependencia a las sustancias: uso inapropiado y continuo de drogas que provoca un daño o malestar notorio, expresado por tres o más de las siguientes condiciones, en un periodo permanente de 12 meses: a) tolerancia o necesidad de consumir cantidades cada vez mayores para intoxicarse o lograr el efecto deseado; b) abstinencia o consumo de una sustancia para aliviar o evitar el malestar físico o psicológico; c) consumo frecuente y en cantidades mayores, o durante un periodo más largo de lo que inicialmente se hacía; d) deseo constante o esfuerzos inútiles de controlar o interrumpir el consumo; e) empleo de mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de drogas, en su consumo o en obtener los efectos deseados; f) reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas; y g) uso continuo a pesar de conocer los problemas psicológicos o físicos que pueden reaparecer o ser persistentes.

Diagnóstico dual: Término general que se refiere a la comorbilidad o coexistencia de un trastorno debido al consumo de sustancias psicoactivas y de, al menos, otro trastorno psiquiátrico en la misma persona.

Droga: se refiere a cualquier sustancia que previene o cura alguna enfermedad o aumenta el bienestar físico o mental. En farmacología se refiere a cualquier agente químico que altera la bioquímica o algún proceso fisiológico de algún tejido u organismo.

Drogas ilegales: se definen como aquellas sustancias cuyo uso médico es nulo o no comprobado, pero se consumen para alterar intencionalmente el funcionamiento del Sistema Nervioso Central. Entre ellas están la marihuana, cocaína, heroína, crack, inhalables, fármacos usados fuera de prescripción médica, anfetaminas, estimulantes, hongos alucinógenos, entre otros.

F

Factores protectores: son los rasgos individuales, familiares y elementos socioculturales, que eliminan, disminuyen o neutralizan el riesgo de que un individuo inicie o continúe un proceso adictivo.

Factor de riesgo: es la condición o exposición de una persona o población que están asociados a una probabilidad mayor del uso y abuso de sustancias psicoactivas.

G

Grupo de ayuda mutua: es la agrupación que ofrece servicios, integrada por adictos en recuperación, cuyo propósito fundamental es apoyar al adicto con base en la experiencia compartida de los miembros del grupo, para lograr la abstinencia de sustancias psicoactivas.

Grupo de alto riesgo: es aquél en el que se ha demostrado, a través de diversas investigaciones y estudios, que, por sus características biopsicosociales y de vulnerabilidad social, tiene mayor probabilidad de uso, abuso o dependencia a sustancias psicoactivas, ejemplo: niñas, niños y adolescentes, menores en situación de calle, madres adolescentes, entre otros.

I

Interculturalidad: es un concepto que define al proceso de conocimiento, reconocimiento, valoración y aprecio de la diversidad cultural, étnica y lingüística que caracteriza a México y que se manifiesta en las distintas formas culturales presentes en el país. Este proceso es un ejercicio epistemológico y ético, pues alude al contacto cultural como el encuentro de la diferencia básica existencial de la que somos parte. El conocimiento de la diversidad cultural constituye un primer acercamiento a la diferencia desde una posición de apertura tanto cognitiva como ética que posibilita el reconocimiento del otro, es decir, el impacto de esta diferencia. En tanto reconocemos, avanzamos en el contacto cultural, lo que influye en la identidad, en el sentido de que la tradición propia ya no se piensa como la única válida y legítima para construir la realidad.

Intervención breve: es una estrategia terapéutica con un número limitado de sesiones durante un periodo breve, para ayudar a disminuir el consumo de drogas a través de consejería motivacional de tiempo limitado. En ella se ofrece una intervención estructurada de corta duración (normalmente, de 5 a 30 minutos) con el fin de ayudar a una persona a suspender o reducir el consumo de una sustancia psicoactiva o (con menor frecuencia) a resolver otros aspectos de su vida.

Instrumentos de tamizaje: se refiere a la aplicación de cuestionarios de valoración breve que han asegurado su confiabilidad y validez y que sirven al profesional de la salud para detectar de manera temprana a personas vulnerables entre aquellas que no lo son; es decir, que están en riesgo de consumir sustancias

adictivas, o bien, aquellas personas que ya las están empezando a consumir o que están en riesgo de desarrollar problemas más serios (abuso o dependencia).

Intoxicación aguda: es el estado posterior a la administración de una sustancia psicoactiva, que da lugar a perturbaciones en el nivel de la conciencia, en lo cognoscitivo, en la percepción, en la afectividad, en el pensamiento o en el comportamiento, o en otras funciones y respuestas psicofisiológicas.

N

Narcótico: La Ley General de Salud (LGS) define narcótico como “los estupefacientes, psicotrópicos y demás sustancias o vegetales que determinen esta Ley, los convenios y tratados internacionales de observancia obligatoria en México y los que señalen las demás disposiciones legales aplicables en la materia (art. 473)”. El artículo 234 de la LGS establece la lista de los estupefacientes y el artículo 237 añade: opio preparado, para fumar, diacetilmorfina o heroína, sus sales o preparados, cannabis sativa, índica y americana o cannabis, papaver somniferum o adormidera, papaver bacteatum y erythroxilon novogratense o coca, en cualquiera de sus formas, derivados o preparaciones. El artículo 245, definen las sustancias psicotrópicas que pueden tener usos terapéuticos, pero representan problema de salud pública.

P

Patrón de consumo: conjunto de factores que determinan una forma particular de uso: tipo de sustancia(s) psicoactiva(s) de impacto, de inicio, edad de inicio, frecuencia, cantidad, vía de administración, tiempo de exposición, episodios de consumo e intoxicación, contexto del consumo y problemas asociados.

Prevención: es el conjunto de acciones dirigidas a identificar, evitar, reducir, regular o eliminar el consumo no terapéutico de sustancias psicoactivas, como riesgo sanitario, así como sus consecuencias físicas, psíquicas, económicas, familiares y sociales.

Prevención de recaída: comprende una serie de intervenciones terapéuticas estructuradas que se realizan con el objetivo de prevenir el retorno al consumo de alcohol y otras drogas o de intervenir en el proceso de recaída tras el inicio del cambio, para tratar de mantenerlo a largo plazo. Las estrategias de intervención tienen como finalidad anticipar las posibilidades de una recaída, así como reconocer y afrontar situaciones de riesgo que pueden precipitar el consumo de alcohol u otras drogas.

Prevención indicada: es la intervención que 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.

Prevención selectiva: es la que 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 la vulnerabilidad. Asimismo coadyuva a la atención a grupos específicos de niños en situación de calle, indígenas y adultos mayores, entre otras.

Prevención universal: es la que está 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 y para las formas de prevención.

Promoción de la salud: la promoción de la salud constituye un proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos con el fin de que incrementen el control sobre su salud para mejorarla, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual. En este proceso, la participación social desempeña un papel fundamental.

R

Recaída: es el reingreso al consumo de una(s) sustancia(s), después de haber disminuido o limitado su uso; ello a menudo suele reinstalar los síntomas de la dependencia.

Recuperación: es el estado de abstinencia que conlleva un mejoramiento en todas las áreas de la vida del sujeto.

Redes sociales: una red social está constituida por un grupo de personas, que interactúan unas con otras, y que podrían estar o no estar relacionadas. Las redes se forman en función de intereses comunes y, en relación al mantenimiento de la salud, constituyen relaciones o vínculos sociales entre las personas que pueden facilitar el acceso o movilización del soporte social a favor de la salud.

Reducción de la demanda. Las convenciones internacionales para el control de drogas usan este término en relación con el intento de disminuir la demanda de sustancias controladas por parte de los consumidores. Las estrategias de reducción de la demanda contrastan con las estrategias que intentan reducir la oferta, aunque en la práctica la reducción de la oferta y la demanda pueden ser complementarias.

Reducción del daño: es el conjunto de acciones dirigidas a evitar o reducir situaciones de riesgo y limitar los daños asociados al consumo de sustancias psicoactivas, por lo que se articula necesariamente con la prevención y el tratamiento. No pretende necesariamente la abstinencia. Para el caso de VIH/SIDA, es la estrategia con la que se considera que a través de información a los usuarios sobre el VIH/SIDA, instrucción sobre limpieza adecuada de jeringas, del uso de agujas y jeringas estériles, dotación de condones, cloro, gasa y otros, además de asesoría médica, realización de prueba de detección del VIH, trabajo comunitario de acercamiento a las y los usuarios de drogas inyectadas, formación de grupos interdisciplinarios y consejería sobre uso de drogas, es la manera más segura y efectiva de limitar la transmisión de VIH por los consumidores de drogas inyectadas.

Referencia de usuarios: procedimiento médico-administrativo entre establecimientos para la atención médica de los tres niveles de atención, para facilitar el envío-recepción-regreso del usuario, con el propósito de brindar atención médica oportuna, integral y de calidad.

Rehabilitación del paciente con adicción: proceso mediante el cual una persona con un trastorno debido al consumo de alcohol y otras drogas alcanza un estado de salud, un funcionamiento psicológico y un bienestar social óptimos. La rehabilitación se dirige a la recuperación de todas aquellas áreas de vida reducidas en su funcionalidad para que la persona pueda vivir con autonomía y autosuficiencia.

Reinserción social: es el conjunto de acciones dirigidas a promover un estilo de vida contrario al de quien usa, abusa o depende de sustancias psicoactivas y a lograr un mejor funcionamiento interpersonal y social.

S

Salud: la Constitución de la OMS de 1948 define la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia. Dentro del contexto de la promoción de la salud, la salud ha sido considerada no como un estado abstracto, sino como un medio para llegar a un fin, como un recurso que permite a las personas llevar una vida individual, social y económicamente gratificante y productiva.

Síndrome de dependencia: conjunto de fenómenos conductuales, cognitivos y fisiológicos que se desarrollan después del uso repetido de una sustancia. Estos fenómenos incluyen un fuerte deseo de tomar la sustancia, pérdida de control sobre su uso, consumo persistente a pesar de sus consecuencias perjudiciales, priorización del uso de drogas por encima de otras actividades y obligaciones, tolerancia incrementada y síndrome de abstinencia cuando el uso de la droga es interrumpido.

Sustancia psicoactiva o psicotrópica: droga o sustancia psicoactiva es una sustancia que, ingerida, afecta a los procesos mentales, por ejemplo la cognición o los afectos. Este término es equivalente a droga psicotrópica y es el término más neutral y descriptivo para toda la clase de sustancias, tanto legales como ilegales, que son de interés para la política sobre drogas. Esos productos incluyen las sustancias, estupefacentes y psicotrópicos clasificados en la Ley General de Salud, aquellos de uso médico, los de uso industrial, los derivados de elementos de origen natural, los de diseño, así como el tabaco y el alcohol.

T

Tratamiento: es el conjunto de acciones que tienen por objeto conseguir la abstinencia o, en su caso, la reducción del consumo de las sustancias psicoactivas, reducir los riesgos y daños que implican el uso o abuso de dichas sustancias, abatir los padecimientos asociados al consumo e incrementar el grado de bienestar físico, mental y social, tanto del que usa, abusa o depende de sustancias psicoactivas, como de su familia.

U

Usuario: es toda aquella persona que requiera y obtenga la prestación de cualquier tipo de servicio relacionado con el uso, abuso o dependencia de sustancias psicotrópicas. La palabra usuario hace referencia tanto a personas de sexo masculino como del femenino.

Uso nocivo: es el modelo desadaptativo de uso de una sustancia psicoactiva, caracterizado por un consumo continuo, a pesar de que el sujeto sabe que tiene un problema social, laboral, psicológico o físico, persistente o recurrente, provocado o estimulado por el consumo o consumo recurrente en situaciones en las que es físicamente peligroso.

Centro de Orientación Ciudadana contra las Adicciones

01800 911 2000

Las 24 horas del día los 365 días del año



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

