

Título do capítulo	CAPÍTULO 6 – EL SISTEMA DE ATENCIÓN Y CUIDADO AL USO PROBLEMÁTICO DE DROGAS EN MÉXICO: AISLAMIENTO, ESTIGMATIZACIÓN Y DESAMPARO
Autores(as)	Angélica Ospina-Escobar
DOI	http://dx.doi.org/10.38116/978-65-5635-018-9/cap6

Título do livro	ALTERNATIVAS DE CUIDADO A USUÁRIOS DE DROGAS NA AMÉRICA LATINA: DESAFIOS E POSSIBILIDADES DE AÇÃO PÚBLICA
Organizadores(as)	Roberto Pires Maria Paula Santos
Volume	-
Série	-
Cidade	Brasília
Editoras	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea); Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL)
Ano	2021
Edição	-
ISBN	978-65-5635-018-9
DOI	http://dx.doi.org/10.38116/978-65-5635-018-9

© Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – ipea 2021

As publicações do Ipea estão disponíveis para download gratuito nos formatos PDF (todas) e EPUB (livros e periódicos). Acesse: <http://www.ipea.gov.br/portal/publicacoes>

As opiniões emitidas nesta publicação são de exclusiva e inteira responsabilidade dos autores, não exprimindo, necessariamente, o ponto de vista do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada ou do Ministério da Economia.

É permitida a reprodução deste texto e dos dados nele contidos, desde que citada a fonte. Reproduções para fins comerciais são proibidas.

EL SISTEMA DE ATENCIÓN Y CUIDADO AL USO PROBLEMÁTICO DE DROGAS EN MÉXICO: AISLAMIENTO, ESTIGMATIZACIÓN Y DESAMPARO

Angélica Ospina-Escobar¹

1 INTRODUCCIÓN

En este capítulo se analiza la manera cómo se estructuran actualmente los arreglos institucionales para la atención al uso problemático de sustancias psicoactivas en México. El documento busca responder a cuatro preguntas centrales: ¿Cuáles son las características del sistema de atención al uso problemático de sustancias en México?, ¿Cómo se conformó históricamente dicho sistema?, ¿Cómo opera en la práctica este sistema?, ¿Cuáles son los retos que enfrenta actualmente?

Para responder a estas preguntas se hizo una revisión documental a través de la cual se recuperaron los hitos históricos que marcaron la formación del sistema actual de cuidado y atención al uso problemático de drogas, se realizaron algunas entrevistas a personas que han participado en la formulación de dicho sistema y se realizó un estudio de caso de cómo opera el sistema en el estado de San Luis Potosí, al considerarlo un estado prototípico en términos de la oferta y demanda de estos servicios en el país.

Este capítulo está organizado en cuatro secciones, más allá de esta introducción y las conclusiones finales. En la sección 2 se narra la historia de los hitos que conformaron los arreglos institucionales de atención al uso problemático en México. En la sección 3 se describen las características del sistema de atención, los actores involucrados y la manera en que se concibe de manera oficial el uso de sustancias y el tratamiento. En la sección 4 se describe la estrategia metodológica a partir de la cual se recopiló y analizó la información de San Luis Potosí. En una quinta sección se presentan los resultados de la información analizada, con lo cual se busca describir cómo funciona en la práctica el sistema de atención. Por fin, se cierra este capítulo con unas consideraciones en torno a los retos institucionales frente a la oferta de servicios públicos de tratamiento para el uso problemático de calidad y en estricto apego a los derechos humanos.

1. Cátedra en el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (Conacyt); profesora Investigadora del Programa de Política de Drogas del Centro de Investigación y Docencia Económicas (CIDE); y consultora bajo el Programa de Cooperación de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y del Ipea.

2 INSTITUCIONALIZACIÓN Y AISLAMIENTO: BREVE HISTORIA DEL SISTEMA DE ATENCIÓN Y CUIDADO AL USO DE DROGAS EN MÉXICO

En México, el discurso oficial en torno a la atención al uso problemático de drogas surge en el marco del establecimiento y consolidación del régimen prohibicionista frente a las sustancias a partir de la segunda década del siglo XX. De este modo criminalización y medicalización del uso de sustancias fueron procesos que caminaron de la mano. La consolidación de esa relación se gesta en cuatro momentos históricos en los cuales cambian las formas de nombrar el uso problemático de sustancias y las estrategias o dispositivos para su atención.

2.1 La aparición de la toxicomanía y la rehabilitación (1920-1969)

Si bien en México desde mediados del siglo XIX se fueron haciendo cada vez más eminentes opiniones e iniciativas que buscaban prohibir el uso de narcóticos (Pérez González, 2017; Pérez Montfort, 2016), es sólo entre 1920 y 1930 en el marco del impulso internacional de la prohibición, que estos esfuerzos se materializaron en reformas que prevalecieron en el tiempo y que dieron lugar al nacimiento de aparatos institucionales encargados de regular la producción, comercialización y uso de sustancias psicoactivas.

La primera de estas reformas fue la prohibición de la importación de opio y todos sus derivados en 1915 (Pérez Montfort, 2016) y las reformas subsiguientes al código penal y al de salubridad hicieron evidente la preeminencia de una perspectiva criminalizante frente al uso de sustancias psicoactivas. Así, la reforma al código penal de 1926 estableció por primera vez en la historia de México la compra de drogas como delito federal. Desde ese momento, la cárcel y, en menor medida el hospital psiquiátrico, se erigieron como las principales instituciones de control para los usuarios pobres que no tenían acceso a prescripciones médicas,² y que quedaban por tanto a merced de los nacientes mercados negros de las drogas recientemente ilegalizadas³ (Pérez González, 2017).

En los hospitales psiquiátricos los “toxicómanos” pobres eran objeto de experimentación con diversas terapéuticas que no mostraban efectividad sobre los comportamientos adictivos, que resultaban altamente riesgosos para los

2. Hasta 1976 las personas con dependencia a opiáceos podían acceder a medicamentos y preparados que contenían morfina, opio, heroína y otras sustancias consideradas “enervantes” en farmacias con prescripciones médicas otorgadas por psiquiatras certificados.

3. Sólo durante un corto periodo (de febrero a junio de 1940) se implementó un nuevo reglamento que planteaba abiertamente una perspectiva médica para el “control de las toxicomanías” (Astorga, 1996, p. 45) y que identificaba además de los elementos individuales, el papel que jugaban los mercados ilegales en el desarrollo éstas. Partiendo de esta concepción más estructural de “el problema de las drogas”, durante cuatro meses la Secretaría de Salud puso en operación dispensarios de morfina en la Ciudad de México, dirigidos a “toxicómanos” que debían darse de alta como “pacientes” en la Secretaría de Salud. La medida duró poco, pues Estados Unidos interpuso un embargo para la importación de narcóticos, apelando al Narcotics Import–Export Act de 1922 (Campos, 2017). Ante la falta de medicinas esenciales, el gobierno de México cambió el reglamento y el experimento regulatorio de drogas fue suspendido (Campos, 2017; Enciso, 2015).

pacientes (Sacristán, 2005). La falta de criterios médicos homogéneos en torno a las “toxicomanías” alimentó estas prácticas de experimentación, lo que no quiere decir que los médicos no tuvieran interés en esta población, sino que no existían los desarrollos tecnológicos que permitieran vislumbrar un tratamiento posible (Pérez González, 2017).

Sólo hasta 1944 los desarrollos en los discursos y tratamientos médicos permitieron la aparición en 1944 de dispositivos específicos de atención para el uso problemático de drogas, denominadas “Granjas de Recuperación”. La atención en estos hospitales-granja estaba basada en la terapéutica por el trabajo (Sacristán, 2005) y partía de una concepción del uso problemático de drogas como un problema individual de “malformación del carácter”, por lo que el tratamiento debía dirigirse a lograr un proceso de “reconstrucción de la personalidad y desarrollo de una forma disciplinada de vida” (Garbi, Touris y Epele, 2012, p. 869).

En estos hospitales-granja se acuñó el concepto de “rehabilitación”, entendido como terapia ocupacional aplicada al uso problemático de drogas (Escohotado, 2005) y se empezó a implementar el modelo de tratamiento de los grupos de Narcóticos Anónimos formados en 1947 en Estados Unidos (Cook, 1988).

2.2 La construcción del farmacodependiente y la descentralización de la atención en salud (1970-1989)

La terapéutica del trabajo y el modelo de tratamiento de Narcóticos Anónimos fue retomado y mejorado por los Centros de Integración Juvenil (CIJ), una asociación civil creada a finales de los años sesenta e incorporada a la Secretaría de Salud (SSA), con la finalidad de atender el “problema” del consumo de drogas.

Los CIJ iniciaron una nueva era en términos de prevención y atención al uso problemático de drogas en México, al consolidar el modelo médico de atención⁴ y un discurso que introdujo el concepto de “farmacodependiente”, reemplazando al de “toxicómano”. Desde este discurso, se concibe al uso de drogas como “una enfermedad sin cura que requiere un proceso continuo de recuperación” (Cook, 1988). Por lo tanto, desde los CIJ todo uso de sustancias psicoactivas fue considerado abuso, orientando el tratamiento hacia la abstinencia. La oferta de servicios del CIJ creció a tal velocidad que, una década después de su creación, había centros en todos los estados de la República.

4. Los CIJ importaron el modelo Minnesota, originado en los años 50 del siglo XX en Estados Unidos, bajo el cual se complementa el modelo de 12 pasos construido por Alcohólicos Anónimos, con el acompañamiento médico y psicológico (Cook, 1988).

En medio de una fuerte crisis económica y paralelo a la creación de los CIJ aparecieron en la década de 1970 en México los “Anexos”,⁵ grupos de ayuda mutua, basados en los principios de 12 pasos de Alcohólicos Anónimos (Brandes, 2002) que atendían principalmente a personas de escasos recursos. Así mismo, las granjas de recuperación tomaron un segundo impulso gracias a grupos de AA que ofrecían alternativas de internamiento a alcohólicos y “farmacodependientes” (Rosovsky, 2009) también a personas de bajos ingresos. Al finalizar la década, surgieron las Comunidades Terapéuticas, que sistematizaban desde una perspectiva profesional el tratamiento ofrecido por los grupos de ayuda mutua.

Aunado a la aparición de la “farmacodependencia” como “enfermedad crónica incurable” y de instituciones especializadas en su atención, se creó el andamiaje institucional⁶ necesario para su evaluación epidemiológica y se levantaron las primeras encuestas de consumo de sustancias en escolares en 1976 y en hogares en 1988, instrumentos que persisten a la fecha.

La década de 1980 marcó en México el inicio del proceso de descentralización del sistema de salud (Abrantes Pêgo y Almeida, 2002, p. 981). En este contexto, se crearon por mandato federal, los Consejos Estatales Contra las Adicciones (Cecas), quienes debían coordinar las acciones de prevención y control de usos de drogas en cada estado bajo el marco normativo federal (Conadic, 2012). Con este discurso, la atención a salud mental y las adicciones pasaron a ser responsabilidad de los estados.⁷

2.3 El VIH y el auge de los modelos comunitarios de atención (1990)

La aparición del primer caso de VIH en una persona inyectora de drogas en el norte del país en 1986, detonó durante los noventa la puesta en marcha de nuevos sistemas de vigilancia epidemiológica en esa población particular de usuarios de drogas (Magis-Rodríguez y Parrini Roses, 2006), así como la movilización de estrategias comunitarias de atención.⁸ En este contexto apareció el discurso de la reducción de daños a nivel institucional y comunitario como estrategia de atención a personas con uso problemático de sustancias.

5. En un principio los “Anexos” eran cuartos anexos a los espacios de grupos de AA de 24 horas donde los alcohólicos que no tenían dónde vivir o tenían dificultades para mantenerse sobrios asistiendo tan sólo a las juntas podían alojarse sin costo durante varios meses. Durante su estancia debían ayudar al grupo con servicios de limpieza o en la cocina, reciben apoyo y se reincorporan al mundo exterior cuando su estado lo permite (Rosovsky, 2009, p. 12).

6. En 1972 se creó el Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia (CEMEF), encargado de coordinar los esfuerzos institucionales para disminuir la demanda de drogas ilegales a través de investigación científica y capacitación de profesionales (CIA, 1976). El CEMEF coordinó en 1976, la primera Encuesta de Consumo de Drogas en Población Escolar de Secundaria, Preparatoria y Técnica (ENCODE). En 1979 el CEMEF fue absorbido por el Centro Mexicano de Estudios en Salud Mental (CEMESAM), que dio origen al Instituto Mexicano de Psiquiatría (Conadic, 2012), institución que en la década de 1980 impulsó la investigación epidemiológica a través de la implementación de las primeras Encuestas Nacionales de Adicciones (ENA), del Sistema de Reporte de Información en Drogas de la Ciudad México y de la creación en 1990 del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA).

7. Recuérdese que México es un estado federal, conformado por 32 entidades federativas autónomas.

8. En 1988 se creó el primer programa comunitario de intercambio de jeringas en Ciudad Juárez por parte de la organización Programa Compañeros A.C., bajo el paradigma de promoción y desarrollo comunitario, con un componente de educación de pares

También en la década del noventa México firma el tratado de libre comercio con América del Norte (TLCAN), que tiene dos efectos en el tema que nos atañe. Por un lado, la consolidación de México como principal exportador de drogas a Estados Unidos y como país con problemas importantes de “farmacodependencia”. Por otro lado, el TLCAN propició una nueva crisis económica en el campo que generó una nueva oleada de migrantes a las grandes ciudades, quienes se enfrentarán al final de la década al surgimiento de mercados locales de drogas en sectores urbanos vulnerabilizados y aumentarán la demanda de servicios de tratamiento.

En este contexto y gracias al apoyo internacional de Caritas, se robusteció la oferta de estrategias comunitarias de atención al uso problemático de drogas, principalmente en centros urbanos y dirigidos a personas que viven en situaciones de extrema marginación y sufrimiento social.⁹ Estas estrategias plantearon críticas importantes al modelo médico hegemónico de atención y sus postulados del inter-namiento como una condición necesaria para el tratamiento, la abstinencia como meta única y la concepción de usuario como enfermo sin capacidad de agencia sobre su “adicción” (Machín, 2015). Algunas de estas estrategias dieron lugar al modelo comunitario de atención ECO2,¹⁰ que promovía una aproximación contextual y sociocultural frente al uso de sustancias y una concepción de la reducción de daños como principio de intervención y como filosofía basada en el respeto y promoción de los derechos humanos de las personas usuarias.

Los esfuerzos de las organizaciones de la sociedad civil por posicionar el modelo ECO2 en diferentes países de la región durante los primeros años del siglo XXI, la falta de vinculación de la iglesia católica mexicana en las estrategias comunitarias de atención y la falta de legitimidad de las instituciones que implementaban reducción de daños ante las autoridades médicas que instituían la atención al uso problemático de drogas, fueron elementos que limitaron la posibilidad de que el modelo ECO2 y su concepción sociocultural del uso de sustancias permeara las políticas públicas y los programas gubernamentales de atención al uso problemático de drogas (Juan Machín, conversación personal, febrero 2020).

9. Por ejemplo, La Carpa, Hogar Integral, Luz y Esperanza, Ama la Vida en la Ciudad de México; Cultura Joven en Cuernavaca; Alternativa Joven en Cuautla; CEJUVER en Veracruz; Agrupo en Morelia; CASA, Programa Compañeros, Misericordia y Vida al paciente con SIDA, Tienda de Cristo en Ciudad Juárez (Juan Machín, conversación personal, febrero de 2020). La mayoría de estas experiencias tuvieron como antecedente la formación en el modelo Uomo en Italia gracias al financiamiento de Caritas internacional (Sánchez-Mejorada, 2013). El financiamiento internacional favoreció la construcción de redes entre las organizaciones que implementaban estos acercamientos comunitarios al uso de drogas, entre ellas la REMOISS y gracias a ello, algunas de estas experiencias fueron sistematizadas y dieron lugar al modelo ECO2 que fue exportado a diferentes países de América latina. El financiamiento por parte de caritas estuvo vigente hasta 2005 (Machín *et al.*, 2006). La búsqueda por exportar el modelo a otros países de la región debilitó la capacidad de incidencia a nivel nacional y fracturó el movimiento auspiciado por Cáritas Internacional (Juan Machín, conversación personal, febrero de 2020).

10. El modelo ECO2 propone como eje de la intervención el territorio y las redes sociales que existen en dicho territorio, las cuales dotan de recursos de todo tipo a las personas que allí habitan. La formación de agentes de promoción social es uno de los pilares del modelo ECO2, en conjunto con el desarrollo de actividades de integración, contención y dinamización comunitaria (Mendoza, 2015), con el fin de contrarrestar los procesos de exclusión social grave que enfrentan algunas poblaciones de usuarios problemáticos (Machín, 2015)

Esta hegemonía médica en la manera de concebir el uso de sustancias y el tratamiento se institucionalizó en el primer Programa Nacional para la Farmacodependencia, el Alcoholismo y el Tabaquismo, coordinado por el Consejo Nacional contra las Adicciones (Conadic) creado en 1995 (Benassini, 2001) y en la primera norma oficial para la prevención, tratamiento y control de las adicciones (NOM-028) publicada en 1998, que en primera instancia no incluyó las estrategias de reducción de daños ni dio a lugar discursos ni dispositivos comunitarios de atención.

2.4 Guerra contra las Drogas y pugnas regulacionistas (2000-2019)

A principios del nuevo milenio se fortaleció el discurso prohibicionista frente a las drogas en México que devino en 2006 en una estrategia de ataque frontal al narcotráfico lo que en la práctica ha fortalecido la criminalización de las personas usuarias de sustancias (Pérez-Correa, 2012; Pérez-Correa y Silva Mora, 2014) y un discurso a favor de su institucionalización, en detrimento de modelos de atención comunitarios.

La llegada de miles de militares a distintos centros urbanos de la república debilitó aún más las estrategias comunitarias de atención, pues los barrios pobres fueron los principales territorios de patrullaje donde se reportaron múltiples eventos de abuso de autoridad. Los discursos oficiales contra las drogas consolidaron el imaginario del joven pobre usuario de sustancias como sujeto peligroso, lo que legitimó las continuas violaciones a los derechos humanos de que eran objeto por parte de militares y policías. El incremento en la violencia criminal junto con la desproporcionalidad en el uso de la fuerza por parte de las autoridades, fueron erosionando aún más los vínculos comunitarios que los dispositivos comunitarios de atención intentaban fortalecer. En este contexto de acoso, la violencia y la falta de financiamiento las estrategias comunitarias de atención al uso problemático de drogas fueron desapareciendo, fortaleciendo la idea del internamiento como única opción.

Ante las quejas y denuncias crecientes por las graves violaciones a los derechos humanos que tienen lugar en los centros de tratamiento no gubernamentales en modalidad residencial, se fortalecieron procesos de regulación de este tipo de establecimientos, mediante la institucionalización de procesos de acreditación según los criterios de la recién creada NOM-028.¹¹ En este marco, Conadic y los Programas Estatales Contra las Adicciones han ofrecido desde entonces programas de capacitación a los centros de tratamiento no gubernamentales¹²

11. Según Galaviz y Odgers (2014), este proceso de promoción de la acreditación no fue una decisión exclusivamente gubernamental, sino que fue promovido por algunas de las instituciones que brindaban estos servicios y que buscaban desvincularse de aquellas que tenían un carácter más improvisado e incluso violatorio de los derechos humanos de las personas que atendían. En este marco se creó la Federación Mexicana de Comunidades Terapéuticas en el 2000 con el fin de garantizar unos mínimos de identidad y calidad de los servicios ofrecidos (Sánchez-Mejorada, 2013)

12. Por ejemplo, se ha propiciado la acreditación académica de las personas que toman un mínimo de los cursos que ofrece Conadic, ofreciendo el título académico de consejeros en adicciones, un título técnico que cuenta con reconocimiento por parte de la secretaría de Educación Pública.

(Galaviz y Odgers, 2014) y otorgaron “becas”¹³ entre 2010 y 2018 a los centros certificados. A partir de 2019 se suspendió el financiamiento público a estos establecimientos por decreto presidencial.

Paralelamente a inicios del 2000 se puso en marcha una segunda reforma del Sistema de Salud, bajo la cual se crearon las Unidades Médicas Especializadas (Unemes), con la finalidad de fortalecer la atención primaria de atención a diferentes padecimientos, entre ellos, el uso problemático de sustancias. Las unidades médicas para la atención ambulatoria a uso problemático de drogas se abrieron en 2011 bajo el nombre de centros “Nueva Vida” o “Capa” y buscaban también ampliar la oferta de servicios de prevención que incluían un componente comunitario. También en 2011 el tratamiento para el uso problemático de drogas se incluyó en el Seguro Popular, el seguro público de salud (Schneider, 2010).

Por otro lado, y ante el auge de la epidemia de VIH en personas que se inyectan drogas en la frontera norte, el Centro Nacional para la Prevención y Control del SIDA (CENSIDA), abanderó la promoción de las estrategias de reducción de daños, que durante los noventa habían sido implementadas de manera aislada por organizaciones de la sociedad civil sin apoyo estatal. La promoción de algunas estrategias de reducción de daños desde CENSIDA,¹⁴ favoreció la reforma a la NOM-028 en 2009 para incluir la reducción de daños como una estrategia efectiva de prevención de VIH. Sin embargo, el énfasis en VIH y drogas inyectables no permitió una discusión más amplia sobre la reducción de daños como filosofía frente al uso de sustancias, lo que ha dificultado su vinculación como un componente del tratamiento y/o de la prevención misma y limita su alcance de manera casi exclusiva a de las personas que se inyectan drogas.

Desde 2015, a nivel legislativo se han aprobado una serie de sentencias que tienden hacia la regulación de los mercados ilícitos de Cannabis, para uso medicinal en 2017 y para uso adulto en 2018. Sin embargo, a la fecha no se ha hecho efectivo un marco legal que permita ejercer el derecho al uso medicinal y/o adulto de cannabis, ya que no se ha expedido el reglamento de control sanitario de la Cannabis y sus derivados, lo que impide el acceso legal a estos medicamentos y tampoco se ha implementado una legislación para el uso adulto de la planta.

13. Para poder ser sujeto de becas, los centros debían hacer parte del directorio de centros certificados por Conadic, a los cuales las instituciones gubernamentales podrían remitir personas que necesitaban de estos servicios. Anualmente, el Conadic asignaba un monto de dinero a cada estado para el otorgamiento de dichas becas las cuales cubrían el tratamiento residencial de una persona por tres meses y la misma persona sólo puede ser beneficiada en una única ocasión.

14. Algunas acciones que implementó el CENSIDA entre 2000 y 2010 fueron la capacitación a proveedores de servicios de salud de la frontera en intervenciones de reducción de daños y la incorporación de la distribución gratuita de jeringas como parte de la estrategia nacional de lucha contra el sida. Bajo el apoyo institucional del CENSIDA, surgieron en la primera mitad de esta década, programas de intercambio de jeringas en Tijuana y Hermosillo y las primeras clínicas que ofrecen tratamiento sustitutivo con metadona en Ciudad Juárez y Tijuana operadas por los CIJ. La oferta de tratamiento con metadona se diversificó a otras ciudades a través de la operación de servicios privados que ofrecen el medicamento. Sin embargo, no se logró instaurar una oferta más diversa de tratamiento sustitutivo que contemple otros medicamentos.

En 2019, el presidente Andrés Manuel López Obrador, en el marco de su programa de lucha contra la corrupción decretó el corte de financiamiento público a organizaciones civiles, lo que puso en jaque el funcionamiento de organizaciones que realizaban intervenciones de reducción de daños, proyectos comunitarios de atención a uso problemático de drogas, proyectos de asistencia social a poblaciones callejeras y centros de rehabilitación que operan bajo esta figura legal, lo que vino a fracturar aún más las estrategias comunitarias de atención al uso problemático.

Si bien los discursos médicos frente a la dependencia a las sustancias se han complejizado y se han incorporado cada vez más componentes en los modelos de atención, sigue primando un énfasis en la intervención individual, desligada del contexto en el que tiene lugar el uso de drogas y donde éste se puede tornar problemático tanto para los individuos como para sus comunidades. La preminencia del discurso médico frente al uso de sustancia y la falta de visibilidad de otras estrategias de tratamiento dificulta plantear alternativas de tratamiento distintas al internamiento que en la mayoría de los casos es compulsivo. En este contexto vale decir que la guerra contra las drogas no sólo ha generado aumento de la violencia y la criminalización de los usuarios de sustancias, sino que también ha favorecido la medicalización de esta práctica social.

A continuación, se describe cómo está organizado, el actual sistema de atención y cuidado para el uso problemático de drogas en México.

3 EL SISTEMA ACTUAL DE CUIDADO Y TRATAMIENTO PARA EL USO PROBLEMÁTICO DE DROGAS EN MÉXICO

La política de tratamiento de drogas en México opera a nivel federal, estatal y municipal. Desde el año 2000 todas las instituciones que ofrecen tratamiento contra las drogas están sujetas a la Política Nacional para la Prevención, el Tratamiento y el Control de las Adicciones, que se actualizó en 2009 (NOM-028-SSA2-2009, en lo sucesivo NOM-028). La NOM-028 clasifica las modalidades de tratamiento disponibles en México como ambulatorias o residenciales, cada una de las cuales puede ofrecer atención médica profesional, ayuda mutua, asistencial, modelos mixtos o métodos alternativos de tratamiento (México, 2009).

La Norma define el modelo profesional (médico) como aquel administrado por profesionales de la salud e incluye atención de emergencia y hospitalización. Los programas de ayuda mutua brindan apoyo entre pares basándose en el modelo de recuperación de 12 pasos, sin ofrecer servicios de atención profesional. El modelo mixto combina el tratamiento profesional y el de ayuda mutua en entornos como las Comunidades Terapéuticas y las casas intermedias. Finalmente, los modelos alternativos proporcionan métodos de tratamiento complementarios o alternativos que no se circunscriben a los anteriores (México, 2009).

Los resultados de la última encuesta de consumo de drogas, alcohol y tabaco (Encodat, 2016) reportan que el 74% de las personas que recibieron tratamiento por su consumo de drogas acudieron a un servicio residencial (Villatoro *et al.*, 2017) y el 26.4% a servicios ambulatorios.

3.1 Servicios de atención en modalidad ambulatoria

El anexo A resume la oferta de servicios de atención ambulatoria en México. Los servicios ambulatorios se ofrecen a través de los Centros de Atención Primaria a las Adicciones (Capa) los Centros de Integración Juvenil (CIJ)¹⁵ y, en menor medida, en los hospitales de salud mental. Los Capa son coordinados por los Consejos Estatales Contra las Adicciones que operan en los 32 estados de la República. Existen 343 unidades de atención de los Capa, 116 unidades de atención ambulatoria del CIJ, además de un centro de día y una clínica de metadona, todas unidades ubicadas principalmente en áreas urbanas. Adicionalmente, el país cuenta con 51 unidades médicas especializadas en salud mental y 38 hospitales psiquiátricos (SSA, 2018) que ofrecen atención ambulatoria para uso problemático, aunque su énfasis es la hospitalización y atención a personas con uso problemático de sustancias que presentan otras comorbilidades psiquiátricas.

El modelo de atención que ofrecen los CIJ y Capa es psicoterapia breve bajo el modelo cognitivo-conductual¹⁶ y ofrecen servicios especializados a jóvenes en situación de riesgo psicosocial,¹⁷ usuarios de drogas experimentales y ocasionales¹⁸ y personas con dependencia. El tratamiento es una combinación de terapia farmacológica, terapias psicosociales, terapias familiares y terapias en grupo. Los servicios de Capa son gratuitos y los de CIJ tienen un costo de recuperación que depende del nivel socioeconómico de la persona, mismo que es determinado por trabajadores sociales al momento de la primera consulta.

El talón de Aquiles del modelo médico es la falta de profesionales de la salud, pues por cada 100,000 habitantes hay 1.5 psiquiatras, un médico general, tres enfermeras y un psicólogo (Marín-Navarrete, Medina-Mora, Tena-Suck, 2016). Por ello, no resulta extraño la cantidad de grupos de autoayuda que ofrecen tratamiento ambulatorio frente al uso problemático de drogas en México.

15. Aunque los CIJ aparecen como bajo la figura de una asociación civil, legalmente están constituidos como una paraestatal que hace parte de la estructura organizativa de la Secretaría de Salud y opera con presupuesto público federal, por ello, en este documento están considerados dentro de la oferta pública.

16. La terapia cognitiva es un sistema de psicoterapia que intenta reducir las reacciones emocionales excesivas y las conductas contraproducentes, mediante la modificación del pensamiento erróneo o defectuoso y las creencias desadaptativas, que subyacen a estas reacciones (Beck *et al.*, 1993).

17. Jóvenes que tienen familiares que consumen sustancias psicoactivas ilegales o viven en contextos del alto consumo, vulnerabilidad y/o violencia

18. En estos casos, la atención consiste en una consejería médica o psicológica de no más de dos sesiones

Marín-Navarrete, Medina-Mora y Tena-Suck (2016) reportan la presencia de más de 20,000 grupos de Alcohólicos y Narcóticos Anónimos. Bajo esta modalidad, los grupos sesionan en terapia grupal de hora y media al día y sus servicios son totalmente gratuitos (AA, 2019). Estos grupos suelen denominarse “tradicionales”, porque respetan las tradiciones originales del movimiento, especialmente el ingreso voluntario a la agrupación y el carácter no residencial de la intervención original (Sánchez-Mejorada, 2013). Entre los tratamientos “no tradicionales” de Narcóticos Anónimos están los grupos de cuarto y quinto paso que implementan procesos intensivos, de un fin de semana para efectuar un “análisis de la personalidad y catarsis” (Sánchez-Mejorada, 2013) y los denominados “anexos” que operan en modalidad residencial.

Bajo la modalidad ambulatoria, se incluyen también las pocas intervenciones en reducción de daños que han sobrevivido a la crisis y que son implementadas por organizaciones de la sociedad civil con financiamiento internacional, en la mayoría de los casos en comunidades de usuarios con muy alta vulnerabilidad.¹⁹ Las intervenciones no están reguladas por alguna instancia gubernamental, pero tampoco cuentan con financiamiento público federal. En esa medida, no existe un reporte oficial que permita conocer los tipos de atención particular que se ofrecen desde estas organizaciones, sino literatura que sistematiza algunas de las experiencias realizadas (Machín y Del Bosque, 2015; Leñero Otero, 2000; Milanese, Merlo y Machín, 2000) y sus páginas web y redes donde publicitan sus actividades.

3.2 Servicios de atención en modalidad residencial

El anexo B resume la oferta de servicios de atención residencial en México. El directorio de establecimientos especializados en el tratamiento de las adicciones en modalidad residencial reconocidos por Conadic (2018) registra la existencia de 268 establecimientos, de los cuales 49 son públicos, 30 son administrados directamente por la secretaría de salud,²⁰ 11 son administrados por los CIJ y 219 son privados. De estos 268 centros, sólo 36 están dirigidos específicamente a mujeres, en 83 reciben a hombres y mujeres, pero la mayoría (150) sólo recibe hombres. Entre los 38 centros públicos, sólo dos prestan servicios exclusivos para mujeres, mientras que existen 13 centros para hombres y 23 que reciben a hombres y mujeres.

En promedio, los programas públicos suelen tener una capacidad ocupada de 25 camas por centro (Conadic-Cidad, 2011), lo que permite estimar una capacidad de atención de 2,624 personas cada tres meses. En México la prevalencia de dependencia a sustancias ilegales es de 0.6% (Villatoro *et al.*, 2017), lo que significa que alrededor de 500,000 requieren atención. De acuerdo con estas cifras, los servicios públicos de tratamiento sólo alcanzan a cubrir el 2.0% del universo de necesidad de atención.

19. La Carpa y ReverdeSer Colectivo, Biblioteca Cannábica, Brigada de Política de Drogas en la Ciudad de México; Programa Compañeros en Ciudad Juárez, Prevencasa en Tijuana y Verter en Mexicali.

20. Ocho de los cuales se encuentran dentro de reclusorios

Los servicios públicos residenciales de atención se caracterizan por ofrecer el modelo médico, en el cual las personas pasan por un proceso de desintoxicación con una duración no mayor a tres semanas y tiene como objetivo eliminar el síndrome de abstinencia preparando al “paciente” para el tratamiento residencial (CIJ, 2019). El tratamiento se basa en el modelo de Comunidades Terapéuticas, donde participan diferentes profesionales con la finalidad de alcanzar la abstinencia. El modelo psicoterapéutico es cognitivo-conductual y la duración del tratamiento va de 30 a 90 días, dependiendo de la disponibilidad de la persona de permanecer internada, pues son de carácter voluntario (CIJ, 2019).

La brecha en la cobertura de atención al tratamiento para el uso problemático de droga es cubierta por entidades privadas y no gubernamentales que ofrecen estos servicios, sin que existan mecanismos suficientes de supervisión que garanticen la calidad de éstos. Según la Conadic (2018), sólo 219 establecimientos privados especializados en el tratamiento de las adicciones en todo el país están certificados. El último diagnóstico nacional de servicios residenciales en el tratamiento de las adicciones (Conadic *et al.*, 2011) reporta la existencia de 2,291 centros no-gubernamentales en toda la república. Si tomamos como denominador este dato, asumiendo que no ha habido crecimiento de estos establecimientos en los últimos ocho años, sólo el 9.5% de los centros estaría en línea con los requisitos estipulados en la NOM-028.

Los centros de tratamiento no gubernamental se caracterizan por la gran diversidad en los servicios que ofrecen. El 43% de los centros que hacen parte del directorio oficial de Conadic operan bajo el modelo mixto y 57% bajo el modelo de ayuda mutua (Conadic, 2018). Las estrategias de tratamiento más conocidas dentro del modelo mixto residencial son el modelo Minnesota y las Comunidades Terapéuticas. Por su parte, las alternativas terapéuticas de los centros residenciales de ayuda mutua, se pueden resumir en: i) anexos, albergues y granjas donde el tratamiento se sustenta en el apadrinamiento, la catarsis a través de la “tribuna” y la realización de un oficio que contribuye al sostenimiento económico del centro; ii) anexos fuera de serie, a donde son remitidos personas que han presentados comportamientos violentos en los anexos, albergues y granjas; y iii) Grupos Teo-terapéuticos, de inspiración cristiana que basan en el tratamiento en la aplicación literal de textos bíblicos para inducir un cambio de vida (Sánchez-Mejorada, 2013).²¹

21. Sin embargo, el nivel de religiosidad y la importancia que toma esta dimensión dentro del tratamiento no se puede establecer de manera absoluta, sino que existe un grado amplio de variabilidad que va desde los grupos abiertamente teo-terapéuticos hasta las comunidades terapéuticas (CT) e incluso, dentro de las mismas CT se encuentra diversidad en la centralidad de la espiritualidad y/o religiosidad en el proceso de tratamiento. Un estudio realizado en Tijuana encontró que en el 27% de los centros no-gubernamentales su terapia estaba orientada por principios explícitamente religiosos, y sólo el 8% declararon seguir modelos seculares de atención (Galaviz y Odgers, 2014). En el diagnóstico de centros de tratamiento residenciales 11% de los establecimientos encuestados reportaron el enfoque religioso como la principal estrategia terapéutica utilizada y el 50% mencionó utilizar este enfoque en combinación con otras estrategias terapéuticas tales como programa de doce pasos (73% como principal estrategia y 83% como estrategia combinada), y terapia psicológica (7% y 57% respectivamente) (Conadic *et al.*, 2011).

Teniendo como referencia este marco general de los arreglos institucional, a continuación, se describe cómo este marco normativo toma vida en el caso de San Luis Potosí. Primero se presenta la metodología a través de la cual se accedió a la información y posteriormente se caracteriza la oferta de los servicios y se analizan los retos y brechas de atención al uso problemático de drogas en México.

4 ESTRATEGIA METODOLÓGICA

Este es un estudio de caso prototípico a través del cual se busca describir la manera cómo se organiza el sistema de cuidado y atención al uso problemático de drogas en México, a partir del análisis intensivo de la manera cómo se implementa la oferta de estos servicios en el estado de San Luis Potosí.

San Luis Potosí (SLP) es considerado para los fines de este estudio como caso prototípico por tres razones. En primer lugar, porque en 2019 el Conadic distinguió a este estado como aquel con las mejores respuestas en materia de atención al uso problemático de drogas, ello supone que la manera como están estructurados los servicios en SLP y la manera cómo opera su coordinación responde a las expectativas y normativas nacionales en la materia. En segundo lugar, al ser un estado ubicado en el centro del país, presenta problemáticas de uso de drogas similares a las observadas en otros estados del centro de la república, esto es, no es el estado con mayor prevalencia de uso problemático, tampoco presenta prevalencias excepcionalmente bajas, sino más bien promedio y tampoco exhibe dinámicas de uso particulares, como en el caso de los inyectores en el norte. En tercer lugar, no es un estado que se caracterice por su liberalidad o vanguardia en términos de política de drogas, como sucede en casi todos los estados de la República, lo que ofrece un escenario óptimo para analizar cómo se responde típicamente en el marco de una política pública pro-abstinencia frente al uso problemático y los retos que ello supone.

Al ser un estudio de caso, se recolectó toda la información posible para poder construir el contexto en el que se brinda la atención. Ello supuso realizar revisión de documentos institucionales, levantamiento de encuestas, entrevistas y visitas a los centros de tratamiento.

La revisión documental se realizó con el apoyo de la Secretaría de Salud quien proporcionó documentos oficiales que dieran cuenta de informes de gobierno, planes, programas y proyectos de prevención y atención al uso problemático de drogas de 2010 a la fecha, con el objetivo de recopilar datos contextuales e históricos de lo que ha sido la atención a este tema de salud pública en este estado de la República.

Paralelamente, se realizaron conversaciones informales con actores institucionales del área de adicciones y con asociaciones civiles para conocer en términos generales cómo se organizaba el sistema de atención y cuidado y cuáles eran los actores relevantes para incluir en el estudio. Esta exploración inicial permitió

identificar que la oferta de servicios de atención al uso problemático de sustancias en SLP se limitaba a Capa, CIJ, Instituto Temazcalli y Centros Residenciales de Tratamiento No-Gubernamentales. Posteriormente se corroboró con funcionarios de Conadic a nivel federal y con activistas en reducción de daños también a nivel federal, la no-existencia de estrategias comunitarias de atención al uso problemático de drogas en este estado de la República.

Adicionalmente, la Coordinación Estatal de Salud Mental y Adicciones (Cesma-SLP) proporcionó un listado de 56 centros de tratamiento no-gubernamentales registrados por la Comisión Estatal Para la Protección contra los Riesgos Sanitarios (Coepris),²² que funge como universo conocido de establecimientos residenciales no-gubernamentales (CTNG). Mensualmente, la Cesma-SLP, ofrece capacitaciones en diversos temas a los CTNG. En el marco de este espacio de capacitación, se presentó el estudio a representantes de los centros de tratamiento que acudieron a una reunión programada en diciembre de 2019 y se les invitó a participar. Se estableció contacto telefónico con los centros que no asistieron a dicha reunión para presentar el estudio e invitarlos a participar, sin embargo, no se obtuvo respuesta de ninguno de los centros contactados por esta vía.

Con los centros que accedieron a participar en el estudio, se levantó en primer lugar una encuesta de caracterización de su infraestructura, personal y servicios, que fue aplicada justo en el momento en que el responsable accedió a participar. La encuesta se aplicó, previa lectura del consentimiento informado, a través de una encuestadora capacitada y utilizando una tableta electrónica que facilitaba el llenado de información. Para garantizar el anonimato, no se registraron datos personales de los entrevistados ni de los centros de tratamiento que permitieran ligar los datos proporcionados con personas o establecimientos específicos.

Todos los centros de tratamiento asistentes a la capacitación convocada por la Cesma-SLP (22 en total), accedieron a responder la ficha de caracterización. Una vez terminado el llenado de la ficha, fueron invitados a participar en una entrevista estructurada donde se buscaba profundizar en algunos aspectos del tratamiento y en la percepción de los encargados de los centros y sus consejeros sobre las brechas de tratamiento existentes en el estado, las buenas prácticas en relación con la atención que ofrecen y los retos que enfrentan. Las entrevistas fueron realizadas por profesionales con experiencia en investigación cualitativa y en las oficinas de los entrevistados. Todas las entrevistas fueron audiograbadas tras la lectura del consentimiento informado. En total se realizaron 15 entrevistas

22. La Coepris es un órgano descentralizado de la Secretaría Estatal de Salud encargada de la regulación, control y fomento sanitario de establecimientos de salud, categoría dentro de la cual se ubican a los centros de tratamiento residenciales para el uso problemático de drogas. La Coepris emite diferentes tipos de autorizaciones sanitarias que permiten la apertura de establecimientos. Por ello, la apertura un centro residencial para el uso problemático de drogas, requiere de un aviso de funcionamiento que es otorgado por esta institución.

a personal de los centros de tratamiento, algunas de ellas (n=4) grupales. Al momento de las visitas a los centros de tratamiento no-gubernamental se solicitó la posibilidad de observar cómo estaba organizado el establecimiento y tener acceso a usuarios de los servicios para invitarlos a participar del estudio respondiendo una entrevista. Estas entrevistas buscaban explorar los puntos de vista de los usuarios con respecto a los servicios de tratamiento que han recibido y las brechas de atención que perciben en el estado.

También se entrevistó a los funcionarios públicos que coordinan la oferta estatal de servicios de tratamiento para adicciones y quienes operan los Capa y CIJ. Así mismo, se visitó el centro público de tratamiento residencial (Instituto Temazcalli) y en la visita se aplicó la ficha de caracterización y se realizaron las entrevistas a usuarios y a personal administrativo y de consejería.

El cuadro 1 resume el total de participantes del estudio y el número de centros de tratamiento que respondieron cada uno de los instrumentos descritos en relación con el universo de centros de tratamiento registrados.

CUADRO 1

Universo de centros de tratamiento considerados, total de instrumentos aplicados en los centros de tratamiento, total de usuarios entrevistados (San Luis Potosí, México)

No. de centros listados por la Coepris	No. de centros participantes en la reunión convocada por la SSA	No. de centros que respondieron la ficha de caracterización	No. de consejeros y/o directores de centros de tratamiento entrevistados	No. de usuarios entrevistados
56	22	23	26	16

Elaboración de la autora.

Todas las entrevistas fueron audiograbadas una vez los y las participantes brindaron el consentimiento informado. La información se sistematizó en matrices analíticas a partir de un diseño preliminar de categorías y subcategorías de interés establecidas a priori. El protocolo de investigación fue aprobado por el comité de ética de la Secretaría de Salud de San Luis Potosí (ver anexo C).

Adicionalmente, se entrevistó a Juan Machín, creador del Modelo ECO2 con la finalidad de comprender desde su punto de vista, los factores que dificultaron la adopción de este modelo por parte de instituciones gubernamentales como sucedió en otros países de la región.

La principal limitación del estudio es el acceso a los centros de tratamiento. Sólo se tuvo acceso a los centros de tratamiento que acuden a las reuniones programadas por la Dirección de Salud Mental y Adicciones de la Secretaría de Salud. Es posible que los centros que no acuden a estas reuniones presenten condiciones de infraestructura y calidad de servicios distintas a las que aquí se expone.

Así mismo, la participación en el estudio fue voluntaria, de manera que no se pudo constatar las condiciones de los servicios en aquellos centros que no aceptaron la realización de las entrevistas y las visitas. En esa medida, la información que aquí se presenta no puede ser generalizable al universo de centros de tratamiento de SLP o de México, sino que constituye una fotografía parcial de las condiciones en las cuales se brindan este tipo de servicios.

Pese a estas limitaciones, dada la falta de información sobre los servicios de tratamiento para uso problemático de drogas en México, los hallazgos que aquí se presentan sirven para sugerir acciones de política pública para mejorar la calidad y cobertura de estos servicios.

4.1 El contexto del estudio

San Luis Potosí (SLP) está ubicado en la región centro-norte de México (figura D.1, anexo D). En 2015, vivían en este estado de la república 2,717,820 habitantes, ubicándose a nivel nacional en el lugar número 19 (de 32 estados) en términos de volumen poblacional. En su capital, vive el 30% de la población total del estado, esto es, casi 900 mil personas (INEGI, 2015).

Su ubicación geográfica, ha convertido a SLP en un estado clave en el tráfico de drogas, por lo que diversas organizaciones criminales se disputan su control territorial (Cartel Jalisco Nueva Generación y los Zetas principalmente), situación que ha impactado las condiciones de seguridad del estado y la prevalencia de uso problemático de drogas, particularmente de metanfetaminas, conocidas localmente como cristal.

En términos de uso de drogas, es de los estados con las prevalencias más bajas. La última encuesta nacional (Encodat, 2016; 2017), ubica a SLP en el 25 lugar a nivel nacional de incidencia acumulada (7.5% vs. 9.9% a nivel nacional), en el lugar 26 en términos de prevalencia de uso en el último año (2.0% vs. 2.7%) y en el lugar 28 para prevalencia de uso en el último mes (0.6% vs. 1.4%) (Villatoro *et al.*, 2017).

5 RESULTADOS: CARACTERIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE TRATAMIENTO PARA EL USO PROBLEMÁTICO DE DROGAS EN SAN LUIS POTOSÍ, MÉXICO

El diagrama tres (anexo D) ilustra de manera general cómo se organizan los servicios de tratamiento para uso problemático de drogas en San Luis Potosí.

A continuación, primero se describe el funcionamiento de los Capa con la información obtenida en las entrevistas realizadas con el personal administrativo y operativo del Capa-Capital, con personal administrativo de la coordinación de Salud Mental y Adicciones de la Subdirección de Prevención y Promoción de la

Salud de la Secretaría de Salud de SLP.²³ Posteriormente se describen las características de la atención encontradas en los centros residenciales de tratamiento, comparando lo encontrado en el centro público con lo encontrado en los centros de tratamiento no gubernamentales.

5.1 Centros de Atención Primaria en Adicciones: la hegemonía médica frente al uso de drogas

Las fuentes consultadas permitieron identificar que la decisión de construir un Capa en un territorio determinado se hizo con base en los resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones de 2002 y a través de la consulta a expertos en el tema. Así, Capa está ubicado de manera estratégica en los municipios donde en su momento (2007) había mayor volumen de personas con situación de consumo o situaciones de riesgo. De este modo, existen en SLP siete Capa ubicados en seis jurisdicciones sanitarias como se muestra en el mapa F.1 (anexo F).

Los documentos oficiales muestran una intención de realizar intervención comunitaria desde Capa, e incluso plantean como una de sus estrategias la investigación acción participante (Conadic, 2008). Así mismo, la argumentación territorial para decidir dónde ubicar el edificio de Capa, pareciera indicar que en su conceptualización, las actividades de prevención y tratamiento de uso problemático de drogas debían articularse con las actividades que realizan las instituciones educativas, sociales, comunitarias y empresariales existentes en cada territorio, lo que supondría un trabajo de gestión comunitaria para generar el involucramiento de las comunidades en dónde se insertaría orgánicamente cada Capa.

Sin embargo, al momento de la ejecución, no se creó una posición encargada de realizar el trabajo comunitario, sino que fue una tarea asignada al personal de psicología y trabajo social, quienes desde un principio tuvieron a su cargo la evaluación de casos y la implementación del componente de prevención y tratamiento.

El caso de SLP ilustra esta brecha entre el planteamiento conceptual de la propuesta de Capa y su ejecución. En cada uno de los siete Capa existentes en SLP, desde su inauguración y hasta la fecha, trabajan dos psicólogos, un trabajador social, un director y un administrador en un horario de nueve de la mañana a tres de la tarde. La percepción que tienen el personal operativo de Capa-Capital, es que están rebasados por la demanda de tratamiento y su prioridad es atender a las personas que llegan a solicitar consulta.

23. Conviene aclarar que dado que en el capítulo anterior se describió el funcionamiento de los Centros de Integración Juvenil (CIJ), y a que en SLP no hay oferta residencial por parte de esta institución para-estatal, no se consideró necesario describir aquí las características de sus servicios, por considerar redundante la información

Cada psicólogo tiene en promedio entre seis y siete consultas programadas por día, lo que hace que el servicio esté siempre muy saturado. Vienen personas desde muy lejos a solicitar el servicio. Casi siempre son personas de muy bajos recursos económicos, que llegan caminando al centro, vienen aquí porque el servicio es gratuito, entonces nuestra prioridad es atenderlos. Para poder hacer las otras tareas, nos ha funcionado muy bien la capacitación de promotores comunitarios, quienes hacen detección y canalización con nosotros (Personal Capa-Capital).

A once años de operación de los Capa, ha aumentado la demanda de atención, pero se mantiene la misma oferta de servicios, es decir, no se han creado nuevas unidades de atención ni ha aumentado la plantilla de profesionales que laboran en ellas. Capa y CIJ son las únicas instancias públicas que ofrecen tratamiento ambulatorio, pues el Hospital de Salud Mental, sólo recibe casos cuando tienen comorbilidades psiquiátricas, de modo que, aunque en la descripción general de los servicios se plantea la existencia de una oferta más amplia de atención ambulatoria al uso problemático de sustancias, en la práctica, esta resulta más limitada.

Además de la insuficiencia de servicios y profesionales, de acuerdo con las personas entrevistadas, la oferta de entrada a tratamiento a cambio de medidas de prisión preventiva en caso de los primo-delinquentes no violentos por parte del sistema de justicia penal, es otro factor que ha contribuido a la saturación de los servicios de los Capa, sin que hayan contado con apoyo financiero por parte de este subsistema de gobierno.

Dado que el objetivo institucional de los Capa es “disminuir la incidencia y el consumo de drogas a través de acciones tempranas y oportunas en escuelas, grupos organizados de la sociedad civil y comunidad en general” (Conadic, 2015, p. 8), el personal además de atender la consulta individual, debe realizar actividades de prevención y detección en escuelas y tienen metas de número de pruebas realizadas, número de charlas otorgadas y número de consultas, todos factores que inciden en que el trabajo comunitario no constituya una prioridad. Adicionalmente, su formación es clínica y la capacitación que reciben refuerza estas habilidades clínicas, por lo que tampoco tienen la formación necesaria para realizar trabajo comunitario.

5.2 El usuario desde la perspectiva de los proveedores de los servicios

En las entrevistas con el personal que trabaja en Capa y con quienes coordinan la dirección salud mental y adicciones se indagó por la imagen que tienen de los usuarios que reciben los servicios de tratamiento. En primer lugar, los usuarios son considerados “pacientes” lo que da cuenta de la perspectiva médica que impera en la institución.²⁴ En términos generales, los entrevistados reportan que los “pacientes” de Capa son en su mayoría jóvenes, menores de 30 años, quienes son llevados a los servicios por un familiar, casi siempre la madre y con problemas de comorbilidades psiquiátricas.

24. De hecho en su nombre da cuenta de esta perspectiva médica, pues son Unidades Médicas Especializadas.

Es persistente la idea de que los usuarios de los servicios son “pacientes difíciles”, en tanto la mayoría “no tienen consciencia de enfermedad”, son llevados por sus familiares o derivados de su escuela o trabajo y son de muy escasos recursos económicos, por lo que enfrentan múltiples barreras para acceder a tratamiento entre ellas el transporte, el horario del servicio que no se ajusta con las ocupaciones de escuela y/o trabajo. Desde estos lugares se explica la baja tasa de tratamientos terminados.²⁵

Es muy común que deserten porque son pacientes muy difíciles, pues a la mayoría los llevan. Cuando una persona falta a su cita se reprograma hasta 3 veces y después de la tercera vez que la persona no acude, se realiza una visita domiciliaria. La mayoría de las veces en esa visita, el paciente manifiesta que no quiere regresar porque no tiene tiempo o simplemente no quiere regresar. Es que no tienen consciencia de enfermedad o no han tocado fondo y entonces no están decididos a realizar un cambio en el estilo de vida y dejar de usar drogas (Personal Capa-Capital).

Otro elemento que caracteriza la percepción que tiene el personal de Capa-Capital de los usuarios de los servicios de tratamiento es su alta prevalencia de comorbilidades de salud mental, lo que conlleva a que, en la mayoría de los casos, el tratamiento contemple un componente farmacológico, que requiere que la persona acuda con un psiquiatra y acceda a los medicamentos, lo cual no siempre es posible por la falta de estos profesionales dentro de la unidad y por el desabasto de medicamentos que de manera persistente enfrenta la Secretaría de Salud, en el caso de las personas derechohabientes, o por sus altos costos, en el caso de las personas sin ninguna protección en salud.

La mayoría de pacientes que consume drogas, tienen un padecimiento psiquiátrico aunado al problema del consumo (...) De cada 10 pacientes que acuden a consulta, calculo que unos siete requieren consulta psiquiátrica y aunque tenemos muy buena relación con salud mental [la unidad hospitalaria], es un servicio muy saturado y muchas veces no hay medicinas.... De nada nos sirve que el paciente esté yendo a psiquiatría si al final cuando el psiquiatra le receta un medicamento, este no está disponible, o hay uno pero no el otro y requiere los dos, ahí ya empieza a cojear el tratamiento, porque nuestros pacientes no tienen como comprar un medicamento de esos (Personal Capa-Capital).

La descripción de los procesos para acceder a los servicios, permiten pensar en la existencia de un filtro implícito que dificulta que personas con uso problemático de sustancias que viven en contextos de alta marginalidad social, pueden acceder a los servicios de Capa. En primer lugar, porque requieren de un acompañante y en segundo lugar porque el acompañamiento médico y farmacológico requerido en la mayoría de los casos, está por fuera de las posibilidades de personas que no cuentan con seguridad social y viven en situación de pobreza.

25. La directora del Capa-Capital reporta 60 tratamientos terminados en 2019 y 350 consultas de primera vez, lo que da una tasa de 16%.

Por otro lado, pareciera que los proveedores de los servicios de tratamiento han construido una idea del usuario como un sujeto menor de edad y/o como persona reducida en sus capacidades mentales, en ambos casos, ello revierte en la idea de una persona con poca capacidad de agencia, lo que explicaría la necesidad de tener un tutor del tratamiento aun en personas adultas. Por ello las explicaciones sobre la baja tasa de éxito del tratamiento no genera cuestionamientos en torno a los procedimientos o la forma de prestar los servicios, sino que recae sobre las características individuales de los usuarios.

5.3 Meta del tratamiento

Al indagar entre los proveedores de los servicios de atención y entre las personas que administran la Coordinación de Salud Mental y Adicciones por el meta del tratamiento, todos coinciden en que su objetivo es *“mejorar la calidad de vida de los pacientes”*, o bien lograr la *“reinserción social de los pacientes”*, entendida como *“la recuperación del funcionamiento laboral, escolar y familiar”*. Al preguntar de manera explícita si ello supone o no abstinencia, las personas entrevistadas mencionaron que, dependiendo del cuadro de consumo, la abstinencia puede ser una meta o no. Sin embargo, las pruebas antidopaje hacen parte del proceso de intervención.²⁶

No necesariamente es abstinencia [la meta del tratamiento], sería como engañarnos a nosotros mismos pensar que todos nuestros pacientes van a salir sin consumir nada (...) Nosotros cuando hablamos de un tratamiento exitoso, hablamos de una mejora en la calidad de vida del paciente, porque nos vamos a encontrar a lo mejor un paciente poliusuario que consume marihuana, cocaína, alcohol, anfetamina, metanfetamina y de todo, y si logramos que ese paciente deje todo y que a lo mejor se quede con marihuana y retome su actividad laboral y su vida familiar, podemos hablar de un tratamiento exitoso, y no porque pidamos que el paciente dejó de consumir todo (...) (Personal Capa-Capital).

En los manuales de operación (Conadic, 2015) se establece que la meta del tratamiento es abstinencia inmediata o reducción del consumo de manera gradual, de modo que de manera oficial la abstinencia es la meta del tratamiento a largo plazo. No existe una orientación formal por parte de la Secretaría de Salud en torno a la reducción de daños, más allá de la distribución de jeringas y la realización de pruebas de VIH en inyectores. Sin embargo, pareciera que el personal en campo está sensibilizado con la dificultad que enfrentan las poblaciones para vivir en abstinencia y entonces refuerzan el uso de sustancias de menor impacto, como la marihuana, priorizando la reinserción social de la persona.

26. En palabras del personal de Capa-Capital entrevistado: “Se aplica antidoping para confirmar que no está consumiendo, no tiene ningún costo. Se aplica a mitad de tratamiento, cuando el paciente afirma que no consume y el familiar dice lo contrario. También se aplica a los tres meses de concluido el tratamiento para verificar abstinencia.”

Dado la concepción limitada que desde la Secretaría de Salud se tiene de reducción de daños, el personal de Capa no está capacitado en estas estrategias, que podrían considerarse de prevención indicada en grupos de usuarios que no pueden o no quieren dejar de consumir y que podrían ser una manera de conectar a estas personas con los servicios de salud.

5.4 Relaciones interinstitucionales

Por mandato institucional, los Capa están obligados a formar y presidir los Cecas y los Consejos Municipales Contra las Adicciones (Comcas). En el caso de SLP, el Ceca está conformado por 32 instituciones que en la descripción dicen ser públicas y privadas²⁷, con la finalidad de coordinar la respuesta en adicciones a nivel territorial. Los Comcas, por su parte, están conformados por representantes de las mismas instituciones que componen los Ceca, pero que operan a nivel municipal. SLP tiene en total 30 Comcas lo significa que poco más de la mitad de sus municipios (58 en total), cuenta con esta figura de coordinación interinstitucional.

Al revisar el listado de instituciones que conforman el Ceca y los Comcas, llama la atención que son principalmente instituciones públicas y que las instituciones privadas son todas universidades. Personas usuarias de drogas no hacen parte de estas instancias y la única asociación civil presente es alcoholicos anónimos, lo que da cuenta de la hegemonía del paradigma médico desde el cual se piensa el uso de drogas en general y la falta de trabajo comunitario, que permitiese establecer diálogo con otros actores que operan a nivel de base. En esa medida, se comprende que el trabajo de estas instancias se centra en la coordinación de capacitaciones en temas de “adicción”, desde las cuales se fortalece, disemina y legitima la perspectiva médica frente al uso de drogas, su concepción del usuario como enfermo y el énfasis en la abstinencia. “Realmente es poco el contacto que tenemos con otras instituciones. Coincidimos en reuniones pues formamos parte de una mesa de trabajo en adicciones, compartimos experiencias, pero no compartimos casos” (Personal Capa-Capital).

27. Consejo Nacional de Fomento Educativo, Procuraduría General, Programas para el Desarrollo de Estado, Sistema Estatal para el Desarrollo Integral de la Familia, Instituto Potosino del Deporte, Instituto Potosino de la Juventud, Comisión Estatal de Derechos Humanos, Instituto de las Mujeres, Consejo Estatal de Seguridad Pública, Dirección General de Ejecución de Penas para Menores, Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de SLP (UASLP), Facultad de Medicina de la UASLP, Instituto Tecnológico Superior de SLP, Facultad de Ciencias de la Comunicación, Facultad de Enfermería y Nutrición, Secretaría de Educación Pública, CECYTE, CONALEP, COBACH, Universidad Tecnológica, Universidad Politécnica, Universidad Cuauhtémoc, Universidad San Pablo, Universidad Interamericana para el Desarrollo, Universidad TEC Milenio, Universidad del Centro de México, Universidad Marista de SLP, Universidad TEC de Monterrey, Universidad José Vasconcelos SLP, Federación Universitaria Potosina, Servicios Estudiantiles de la UASLP, Central Mexicana de Alcoholicos Anónimos, Instituto Temazcalli, Centros de Integración Juvenil, Instituto Mexicano del Seguro Social, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

Más allá de la convergencia en espacios institucionales como el Ceca y los Comcas, las instituciones con quienes los Capa mantienen relación más estrecha son la dirección del Hospital de Salud Mental, el Instituto Temazcalli (centro público de tratamiento residencial) y con instituciones educativas. La relación con el Hospital de Salud Mental facilita la rápida asignación de citas a los “pacientes” que son referidos. Con el instituto Temazcalli se realiza la referencia en caso de requerir internamiento²⁸, sin embargo, el reto según el personal del Capa entrevistado es que las personas accedan a los servicios, dados sus altos costos, pues a pesar de ser públicos, no son gratuitos.

Por su parte, la relación con las instituciones educativas consiste en ofrecer conferencias de prevención de uso de sustancias, detección de adolescentes en riesgo o adolescentes que están iniciando el consumo y formación de promotores contra las adicciones. Así mismo, las escuelas refieren a los estudiantes a los Capa cuando encuentran alguna situación de consumo. Los casos son atendidos siempre en las instalaciones del Capa y no se involucra a la escuela en el proceso de tratamiento. La misma situación se repite en el caso de empresas a las que Capa ofrece capacitación, se reciben personas para tratamiento, pero la empresa en sí no es involucrada en el mismo.

Estas características en que se operativiza el trabajo interinstitucional dejan ver que el trabajo en uso problemático de drogas opera de manera fragmentada aún dentro de las instancias de la Secretaría de Salud y no como un eje transversal programático. Ante esta fragmentación del sistema, el trabajo interinstitucional se promueve no desde programas, sino desde intereses y voluntades personales. La fragmentación del trabajo en drogas, tampoco favorece que se implementen intervenciones en la escuela de carácter más comunitario.

5.5 Trabajo comunitario

Por ley, cada Capa debe promover la formación de Coaliciones Comunitarias Contra las Adicciones. El objetivo de estas coaliciones es, en palabras de los responsables estatales de Salud Mental y Adicciones “hacer partícipes a los colonos para que se organicen y sean proactivos en la identificación y resolución de sus problemáticas comunitarias”. A la fecha sólo existen tres coaliciones activas en SLP, de las siete que en teoría deberían existir, una por cada jurisdicción sanitaria.

28. De acuerdo al personal de Capa entrevistado, una persona necesita internamiento por “su alto nivel de consumo, porque son adictos, es decir, porque su cuerpo les pide la sustancia. Es un paciente que necesita estar encerrado porque requiere de un manejo médico, requiere de un medicamento y requiere estar en un lugar donde no tenga acceso a la droga, porque cuando llega su necesidad, es necesidad real, es necesidad física la que tiene. Él puede decir no quiero, pero cuando los síntomas de abstinencia llegan, es su cuerpo lo que lo lleva a buscar la droga. Él puede decir no quiero, pero lo que su cuerpo siente es necesidad. Sudoración, taquicardia, dolor de cabeza, temblor. Eso es lo que lo lleva a buscarla. Es algo que él ya no puede controlar”.

De acuerdo al manual operativo de Capa (Conadic, 2015), la formación de las Coaliciones Comunitarias Contra las Adicciones debe ser liderada por personal de los Capa y debe partir de un mapeo de actores sociales y comunitarios en el territorio al que se adscribe cada Capa, quienes deben ser convocados directamente a ser parte de esta iniciativa. Una vez se formaliza la coalición a través de actas constitutivas, se realiza un diagnóstico comunitario participativo y se establece un plan de acción. El principal obstáculo para la formación y operación de estas coaliciones ha sido, en palabras de los funcionarios de Salud Mental y Adicciones, su carácter formal-institucional, además de la falta de recursos económicos y las condiciones de seguridad de las localidades. En otras palabras, las coaliciones no funcionan por la falta de trabajo comunitario de base por parte del mismo Capa que facilite la generación de las alianzas necesarias para responder al tema la seguridad y para generar apropiación de los proyectos y planes de acción por parte de los actores comunitarios y en esa medida compromiso con la coalición.

Hay municipios muy participativos y hay otros que requieren apoyo económico. Hace unos años tuvimos un programa de promotores de salud que recibían un estímulo económico por participar, lo que incentivó el trabajo, pero en este momento no contamos con los recursos para pagar a los colonos su participación. En la zona urbana es más complicado que las personas se organicen, mientras que en las comunidades rurales es más fácil que se junten, porque es la manera cómo naturalmente ellos resuelven sus problemas (...) También el trabajo se facilita cuando las mismas administraciones se comprometen en el trabajo, por ejemplo, en la delegación de Pozos, el mismo delegado asumió un rol activo y se comprometió a involucrar a diferentes actores y darle seguimiento a las acciones, lo que ha fortalecido la estrategia. Cuando no existe ese apoyo es más complicado, pues nosotros no tenemos jurisdicción, sólo recomendamos, pero no siempre tenemos poder de convocatoria (Responsable estatal de Salud Mental y Adicciones).

Aunque la obligatoriedad de formar coaliciones comunitarias, Ceca y Comcas, lleva a que estas instancias efectivamente se constituyan, al no haber suficientes recursos para realizar el trabajo comunitario en términos de al menos un profesional que se ocupe exclusivamente de generar y alimentar estas alianzas, entre otros recursos necesarios,²⁹ la movilización comunitaria que suponen estas instancias termina siendo muy limitada.

Así mismo, la visión vertical en la conformación de las coaliciones y la perspectiva del uso de drogas desde el paradigma médico dificulta generar procesos comunitarios donde los usuarios tengan voz y donde las mismas comunidades puedan agenciar sus respuestas. Por ejemplo, es complicado esperar que las comunidades se ajusten a los horarios de trabajo de los funcionarios de Capa. En otro nivel, el

29. Como recurso de transporte y capacitación en torno al trabajo comunitario y los dispositivos comunitarios de atención.

trabajo comunitario toma tiempo y las lógicas institucionales a las que responden los Capa en términos de metas de atención y capacitación que se establecen con Conadic, difícilmente corresponden con esos tiempos distendidos que requiere la inmersión comunitaria. En tercer lugar, el trabajo comunitario puede entenderse como la construcción de un contrato social tácito, agenciado por las personas y facilitado por la intensidad y frecuencia de interacciones entre ellas. Se requiere presencia continua y sostenida en la comunidad para poder construir ese contrato social. La lógica institucional desde la cual pareciera estar pensada la conformación de las coaliciones comunitarias supone el traslado de una lógica institucional a la informalidad de los encuentros y la solidaridad del trabajo comunitario y deja ver la necesidad de capacitación de los funcionarios al respecto.

Desde la percepción del personal que trabaja en Capa el principal obstáculo para realizar intervenciones comunitarias es la seguridad, pues en la mayoría de los casos son territorios donde operan grupos del crimen organizado, por lo que se tiene la percepción de que no tienen garantías para ir a campo.

Nosotras aquí somos puras mujeres, vamos en el vehículo institucional, pero nada nos garantiza que no nos pase nada. Vamos de buena voluntad. En ocasiones, es la misma comunidad la que nos dice que no vayamos porque la situación está especialmente complicada. Pero muchas veces vamos y nos ha tocado que se nos quedan mirando, o un carro nos sigue todo el recorrido, desde que entramos al municipio... Es una situación compleja (Personal Capa-Capital).

Por estas limitaciones la principal acción comunitaria que realizan los Capa en SLP es la formación de promotores comunitarios en adicciones.³⁰ Estos promotores comunitarios funcionan como primeros contactos en situaciones de consumo, pero el enfoque de trabajo no es comunitario, sino intramuros, en tanto ellos refieren “los casos” a los servicios. En palabras de los funcionarios, los promotores comunitarios formados son principalmente docentes, psicólogos y consejeros y pasantes de psicología, de modo que, aunque el perfil de promotor comunitario no exige una formación profesional, al final terminan siendo personas que desempeñan un cargo dentro de instituciones educativas y/o de salud, reforzando la perspectiva médica frente al uso de sustancias y el carácter intramuros de la atención que se ofrece frente al consumo de drogas en SLP.

A continuación, se describen las características de los servicios de atención en modalidad residencial.

30. En 2019 se formaron 600 de estos promotores comunitarios, quienes fueron entrenados en la detección de consumo de sustancias ilegales, consejería y canalización a servicios

5.6 Los servicios de tratamiento residenciales de San Luis Potosí, México

SLP cuenta con 56 centros de tratamiento residencial para el uso problemático de drogas registrados por la Coepris. De ellos, sólo cinco cuentan con reconocimiento por parte de Conadic,³¹ lo que significa que sólo el 8.9% de los establecimientos cumplen con los requisitos planteados en la NOM-028.³²

En México, no se otorgan licencias de funcionamiento a los centros de tratamiento, por lo que es relativamente sencillo abrir este tipo de establecimientos, aún cuando se cuente con reconocimiento por parte del Conadic. Tener o no reconocimiento por parte del Conadic, no se traduce en la práctica en un beneficio adicional para los centros de tratamiento, más allá de contar con un certificado de calidad de la atención, por lo que los directores de estos centros no se sienten suficientemente motivados a reunir los requisitos marcados por la NOM-028, por la alta inversión especialmente en infraestructura que ello supone (alrededor de USD\$6000). En palabras de uno de los directores de los centros de tratamiento entrevistados *“Nos exigen mucho y no nos dan nada. Nosotros con nuestros propios recursos ofrecemos un servicio a la comunidad que nadie más está prestando”*.

La insuficiente supervisión por parte de las autoridades en salud, en conjunto con la alta demanda insatisfecha de servicios de tratamiento facilita la apertura y mantenimiento de establecimientos que violan los derechos humanos de las personas que usan drogas y de establecimientos que aún sin cometer graves violaciones a los derechos humanos, no cumplen con criterios mínimos de calidad en los servicios que estipula la Norma Oficial. Aún más, la falta de una Ley General de Adicciones dificulta que establecimientos donde se conoce que se cometen graves violaciones a derechos humanos sean clausurados y sus responsables investigados,³³ lo que a su vez favorece la continuidad de estas violaciones y su normalización por parte de los usuarios y prestadores de estos servicios.

Antes de trabajar aquí, trabajé en un centro para mujeres. En las sesiones las chicas me hablaban de golpes y al principio no les creía, pero luego vi los moretones, las marcas y entonces empecé a escribir los reportes en las historias clínicas. También escuchaba algunos lunes, que el fin de semana entraban hombres y las obligaban a estar con ellos. Todo lo escribía en las historias clínicas y un día el director me pidió que eliminara mis notas, me negué y me despidió. Fui a la Secretaría de Salud a denunciar las irregularidades y me dijeron que debía ir a la Fiscalía y que tenía que llevar pruebas, obviamente no tenía ninguna prueba, pues cuando me despidieron, básicamente me

31. Estos requisitos son verificados a través de una visita de supervisión, donde un oficial da cuenta de las condiciones de calidad de los servicios que se ofrecen en términos de infraestructura, procedimientos y calidad de la atención. Estos reconocimientos se renuevan cada tres años.

32. En apartados anteriores, se presentó un cálculo para el nivel federal y estimamos un máximo nivel de certificación a nivel nacional de 9.5% en los centros de tratamiento residenciales.

33. La Comisión Estatal de Derechos Humanos elaboró una recomendación al respecto, ver (CDHSLP, s/f).

obligaron a salir sin poder recoger mis notas ni expedientes. Fue una situación muy difícil. Ese centro sigue en funcionamiento, es uno de los pocos para mujeres aquí en San Luis y me genera mucha frustración no poder hacer nada por las mujeres que están allí encerradas (Psicóloga Centro de Tratamiento No Gubernamental).

5.6.1 Infraestructura

Las visitas a los centros de tratamiento permitieron identificar una gran variabilidad en términos de infraestructura. La diferencia más importante encontrada es entre el centro gubernamental y los no-gubernamentales (ver figura 1). El centro gubernamental se caracteriza por una alta calidad en sus instalaciones, consultorios amplios y múltiples, salas de espera, zonas verdes, área deportiva y dormitorios amplios y ventilados, todos con camas.

FIGURA 1
Vistas del centro de tratamiento gubernamental – San Luis Potosí, México (2019)



Fuente: Disponible: <<http://temazcalli.gob.mx/nosotros.html>>.

En contraste, los centros de tratamiento no gubernamentales, son, en la mayoría de los casos, casas habilitadas para tal fin (ver figura 2). Casi todos los centros pagan renta y sólo en algunos casos (3/22) el espacio fue donado por el Estado para realizar las actividades.

FIGURA 2

Vistas de centros de tratamiento no gubernamentales – San Luis Potosí, México (2019)



Fuente: Imágenes propias.

En términos generales, los edificios en los que operan los centros de tratamiento no gubernamentales no cuentan con zonas verdes y los consultorios suelen tener espacios muy reducidos (figura 3). El espacio de los centros no gubernamentales visitados se caracterizaba por tener un espacio de recepción, donde se encontraba expuestos los certificados y reconocimientos obtenidos, un escritorio y dos sillas. Después se encontraba una puerta que permanecía cerrada en la mayoría de los casos y que definía el adentro del internamiento.

FIGURA 3

Vistas interiores de centros de tratamiento no gubernamentales – San Luis Potosí, México (2019)



Fuente: Imágenes propias.

Tras esa puerta, en la mayoría de los centros no gubernamentales visitados encontramos un patio donde los usuarios pasaban su tiempo libre, una cocina con el equipamiento básico para operar, el comedor y los baños. La mayoría de los centros visitados sólo contaban con dos cuartos, uno que operaba como dormitorio y otro donde realizaban juntas, tribuna, terapias y actividades grupales. En la mitad de los casos los dormitorios no contaban con camas, de modo que los usuarios dormían en colchones sobre el suelo, o simplemente sobre cobijas dispuestas en el suelo, en otros casos, los dormitorios estaban organizados con literas. Una de las principales quejas en los usuarios entrevistados fue precisamente la falta de mobiliario adecuado en los centros y particularmente la falta de camas.

Aquí está mejor, todos dormimos en cama, pero en el otro centro donde estuve, éramos muchos, como 40, y todos dormíamos en el piso, no había ni colchones, sólo ponían cobijas y órale, así nos la aventábamos. Se pasaba mucho el frío y no dormía bien. En mi opinión así nadie se rehabilita, no son condiciones (Usuario Centro de Tratamiento No-Gubernamental, hombre, 23 años).

Un tercio de los centros no gubernamentales visitados no tenían agua al momento de la visita. La falta de agua dificultaba que los usuarios pudieran bañarse diariamente y dificultaba el aseo de baños. Al preguntar de manera informal por esta situación, los representantes de los centros manifestaron que un problema común en las colonias donde se ubicaban y que lo resolvían comprando carrotaques de agua, en promedio al menos una vez a la semana, con un costo de \$900 (USD\$45). En contraste, el centro público de tratamiento contaba con todos los servicios y cumplía con los estándares de higiene que se esperan en este tipo de establecimientos.

5.6.2 Capacidades y brechas de atención

La capacidad de atención promedio de los centros es de 31 usuarios. El centro público reportó una capacidad de atención máxima de 30 personas, en los centros no gubernamentales el rango fue de 10 a 100, con un promedio de 32 personas. Sin embargo, la observación de las instalaciones visitadas permite cuestionar que en realidad puedan albergar a más de 30 personas en condiciones dignas y salubres.

Tomando como referencia una capacidad promedio de 30 personas por centro por un tratamiento de tres meses, estimamos una capacidad de atención anual de 6,720 personas en los 56 centros disponibles en todo el estado. Si consideramos sólo los centros certificados por Conadic, la capacidad de atención se reduce a 600 personas al año. Es decir, sólo 600 personas al año pueden recibir atención de calidad para el uso problemático de drogas en todo el estado de SLP.

Considerando el volumen de población entre 12 y 65 años proyectado para 2020 (Conapo, 2020) y una prevalencia de dependencia de 0.6% (Villatoro *et al.*, 2017), se estima que 12,028 tienen necesidad de atención al uso problemático de drogas en SLP, ello sin considerar la demanda de tratamiento por uso problemático de alcohol. Si tomamos en cuenta la capacidad de atención de los 56 centros registrados, la brecha de atención sería de 5,308 personas, es decir sólo el 44% de la población que necesita atención tiene a servicios de tratamiento residenciales. Pero si sólo incluimos los cinco centros certificados, la brecha de atención asciende a 11,428 personas, en otras palabras, SLP sólo tiene capacidad para ofrecer tratamiento residencial de calidad al 5% de las personas que requieren necesitan atención por uso problemático de drogas.

Analizar esta brecha de atención en relación con las desigualdades estructurales se torna fundamental para pensar sistemas de atención más democráticos. En el caso de SLP, el costo de los servicios residenciales y el requisito de contar con un tutor para poder ingresar, son características que dificultan que personas en mayor condición de vulnerabilidad puedan acceder a estos servicios.

En este análisis resulta evidente que a pesar de las insuficiencias, de la falta de calidad de los servicios, en incluso, a pesar de las violaciones a los derechos humanos que se reportan en algunos centros de tratamiento no-gubernamentales, estos son la única alternativa disponible de tratamiento frente al uso problemático de drogas para miles familias pobres en México.

Al analizar por género, se encuentra que existen pocos centros donde reciben mujeres (6/23) y sólo uno de ellos brindaban acceso exclusivo para ellas. Sin embargo, los servicios que se ofertan en este centro exclusivo para mujeres no son distintos a los que se ofrecen en los centros exclusivos de varones. En general, los centros no ofrecen información sobre salud sexual y reproductiva, elementos de crianza positiva, estrategias para elaborar situaciones relacionadas con las violencias de género que han enfrentado, ni espacios donde las mujeres puedan traer a sus hijos, por lo que ingresar a tratamiento supone renunciar a su rol de cuidadora y/o madre y por ello se observa, que en general, la mayoría de las mujeres que ingresan a tratamiento son menores de 19 años.

Yo empecé a darme cuenta que tenía una problema con el cristal, que no me estaba llevando a nada bueno, porque no más sólo quería usar, pero tampoco tenía a quien pedirle ayuda porque me daba temor que me quitaran a mi hija, por eso tampoco quería que me anexaran, porque no quería separarme de la niña, pero ni modo, mi mamá llamó a los policías y me trajeron para acá, ella se quedó con la niña (Usuaría de centro tratamiento no gubernamental, 18 años).

Al preguntar a los directores de centros de tratamiento no gubernamentales porque no reciben mujeres, su respuesta generalizada es que “son conflictivas” o “se meten con otros internos y generan conflictos”. Es importante promover la perspectiva de género en los centros de tratamiento no gubernamentales y abrir una discusión mayor en la Coordinación de Salud Mental y Adicciones sobre las necesidades específicas de atención de mujeres con uso problemático de drogas.

Si bien todos los centros de tratamiento entrevistados manifestaron que no discriminan por género o preferencia sexual, tampoco se tienen lineamientos específicos para atender las particularidades de las personas lesbianas, gays, transgénero, transexuales y no binarias y para protegerles ante potenciales situaciones de violencia que puedan vivir al interior de los centros de tratamiento dadas las condiciones de hacinamiento y falta de privacidad encontrada en la mayoría de los centros no gubernamentales visitados. Nuevamente, sería necesario abrir la discusión desde la Coordinación de Salud Mental Adicciones sobre las necesidades específicas de atención a esta población. Al respecto conviene subrayar que no existen lineamientos nacionales que consideren las necesidades específicas de atención de estas poblaciones y tampoco existen instrumentos oficiales que permitan captar dichas necesidades.

5.6.3 Concepción del usuario

En todos los centros visitados, tanto el público como los no gubernamentales se nombra al usuario de los servicios como “paciente”, lo que enfatiza en la perspectiva médica de la atención y la concepción del uso de sustancias como enfermedad. Desde este lugar de enfermedad, se legitima el tratamiento compulsivo en el caso de los centros no gubernamentales y la medicación a todas las personas ingresadas en el caso del centro público.

Un adicto es una persona enferma, pero a diferencia de otra enfermedad, él no se da cuenta que lo tiene, pero los que viven con él si, por eso los internamos sin su consentimiento. Cuando están aquí y después de desintoxicarse, se van dando cuenta del daño que causan y entonces empiezan a tomar consciencia de su enfermedad (...). Si los dejáramos afuera haciendo daño, nunca se darían cuenta que tienen un problema, porque así es la mentalidad del adicto, hace trampas para no dejar ver su vulnerabilidad (Director Centro de Tratamiento No Gubernamental).

Todos nuestros pacientes reciben medicamentos psiquiátricos todas las mañanas., hace parte de su rutina, y están obligados a tomarlos pues hace parte integral de su tratamiento. La valoración psiquiátrica a su ingreso permite identificar que todos tienen problemas de ansiedad, depresión y otras comorbilidades que requieren estos medicamentos. Además, esto les permite estar más tranquilas para enfrentar el encierro y tener mejor adherencia (Director Centro de Tratamiento Público).

La medicación generalizada fue un punto crítico identificado por los usuarios del centro público de tratamiento

Aquí la atención es muy buena, en comparación con los anexos, ¿verdad? Lo único que no me gusta es que todos los días nos dan a todos medicamentos psiquiátricos. En mi caso, me quitan ánimo, me siento como extraño, pesado, como desconectado de mi cuerpo... Me asusta que me vuelva adicto ellos una vez salga de aquí. Me gustaría que me preguntaran si quiero medicarme o no, porque aquí no te preguntan nada, tú simplemente tienes que seguir las indicaciones de los médicos, los enfermeros, de todo el personal (Usuario Centro de Tratamiento Público, hombre, 25 años).

Esta concepción del usuario y del uso de sustancias, conlleva al establecimiento de relaciones verticales entre quienes dirigen los centros (públicos o no gubernamentales) y los usuarios de los servicios, donde se espera que estos actúen con humildad, obediencia y sobriedad. Las personas que no cumplen con estas características son dadas de baja de los servicios, en el caso del centro público y en los centros no gubernamentales donde el ingreso no es voluntario, son características que ameritan castigos, que van desde el aislamiento, falta de comida hasta castigos físicos.

Yo siento que ya estoy listo para salir, ya llevo cuatro meses aquí, pero como mi familia sigue pagando para que me tengan aquí, no puedo salir. Lo único que puedo hacer es aguantar y portarme bien para que se convenzan de que ya puedo estar afuera. Si muestro alguna señal que es entendida como rebeldía por los que manejan aquí el centro, me arriesgo a que me castiguen o me dejen más tiempo, por eso toca cooperar (Usuario de Centro Público de Tratamiento Residencial, 23 años).

Aún más, la concepción del usuario como paciente tanto en los servicios ambulatorios como residenciales favorece la reproducción de las desigualdades sociales. El carácter involuntario del internamiento y el énfasis en la obediencia y el seguimiento de las normas dentro del centro son características que minan la capacidad de agencia de los usuarios y la oportunidad de pensar su consumo desde una perspectiva distinta a la culpa y a la falla autobiográfica del *self* (Bauman, 2001).

En ese sentido, el tratamiento mismo induce al sujeto a considerar su uso problemático de drogas como un padecimiento individual, independiente de las condiciones sociales, económicas, políticas y culturales en las que vive, lo que favorece la internalización la internalización del estigma, lo que a su vez, profundiza procesos de exclusión social y marginación que son sostenidos por la familia. Estos mecanismos explican que el uso problemático de drogas se constituya en México como un factor de agudización de la pobreza de familias que viven en contextos de vulnerabilidad social

5.6.4 Características del tratamiento

El centro público de tratamiento es de carácter mixto y el tratamiento es estrictamente voluntario. El modelo de atención es profesional y el tratamiento está encabezado por el equipo de psiquiatras. Diariamente los usuarios reciben revisión de signos vitales por parte de enfermería y terapias psicológicas implementadas por profesionales, quienes son supervisados semanalmente a través del análisis de casos. El tratamiento tiene una duración de tres meses y la meta en palabras de su director es “evitar recaídas”, por lo que abstinencia se mantiene como el principal indicador de éxito del tratamiento.

En contraste, sólo cinco de los 22 centros no gubernamentales visitados reportaron el carácter voluntario del internamiento. Justamente el internamiento compulsivo es quizás uno de los elementos más criticados por los usuarios de los servicios.

Los familiares te traen para deshacerte de ti y poder estar tranquilos ellos. Pero no está bien. A mucha gente la traen con engaños, a mí me trajeron cuatro cabrones y me ingresaron. Yo pienso que así no funciona, porque debe venir de uno la necesidad de rehabilitarse, sino, todo es peor. Sale uno pensando en cómo vengarse, cómo sacarse ese resentimiento y eso es drogándose más porque sabe que así uno les da en la madre (Usuario Centro de Tratamiento No Gubernamental, 32 años).

El modelo de atención que ofrecen los centros no gubernamentales entrevistados es principalmente mixto (12/22), seis reportaron tener un modelo de ayuda mutua (27%), tres un modelo profesional de atención (13%) y uno modelo alternativo.³⁴ En estos centros, la abstinencia fue la meta de tratamiento más comúnmente reportada (12/22), seguida de reinserción social (3/22) y recuperación o rehabilitación (3/22).

La duración promedio reportada del tratamiento que ofrecen los centros de tratamiento no gubernamentales fue 4.5 meses, con un rango de tres a doce meses. La intervención “alternativa” a diferencia de las otras intervenciones no estableció un momento de fin de tratamiento, sino que lo representa en términos de un acompañamiento continuo para construir y fortalecer redes de apoyo psicosocial. Todos los consejeros y representantes de los centros entrevistados convergen en la idea de que tres meses es un periodo mínimo para desarrollar “consciencia de enfermedad”, pero no cambios sostenidos en los estilos de vida.

En todos los centros visitados, tanto el público como los no-gubernamentales, tienen una rutina estricta que marcan la vida en una “institución total” (Goffman, 1972) y que tiene la finalidad de reestructurar la vida de los usuarios en torno a

34. El modelo alternativo consistía en una aproximación comunitaria ante la falta de un edificio donde poder implementar el internamiento. Es una intervención basada en la fe, donde el tratamiento consistía en acudir todos los días de seis a ocho de la noche al centro comunitario vecinal, para participar en diversas actividades como reunión de grupos de autoayuda (padres, madres, usuarios hombres y mujeres), talleres sobre manejo de emociones, conferencias, además de la atención psicológica que se ofrecía durante el día en consultorios privados donde los psicólogos tenían su práctica, actividades deportivas, vinculación laboral y la participación en actividades religiosas lideradas por una congregación cristiana.

hábitos que favorecen la abstinencia. En consecuencia, se tiene una misma hora al levantarse que varía entre seis de la mañana en el centro público a ocho de la mañana en algunos centros no gubernamentales, participación en diversas actividades que se ofertan durante el día y las tardes, las cuales se repiten día a día, con excepción del fin de semana, comidas a una misma hora e ir a dormir entre las nueve y las once de la noche.

La diferencia entre el establecimiento público y los no-gubernamentales es la diversidad de actividades que pueblan la cotidianidad durante el internamiento. El centro público ofrecía además de las estrategias terapéuticas convencionales (psicoterapia individual, grupal y familiar, terapia farmacológica, tribuna), terapia ocupacional (carpintería), arte-terapia, *mindfulness* y yoga. En los centros no gubernamentales visitados 13 ofrecían terapia ocupacional y sólo uno ofrecía yoga. Las lecturas bíblicas hacen parte de las rutinas terapéuticas que se ofrecían en 10 de los 15 centros no gubernamentales visitados, en tanto son servicios gratuitos que prestan iglesias cristianas y evangélicas. Sin embargo, la tribuna³⁵ fue la estrategia terapéutica más comúnmente reportada en todos los centros encuestados (20/23).

La falta de diversidad en las actividades y estrategias terapéuticas que ofrecen los centros no-gubernamentales fue una segunda queja reiterada entre los usuarios entrevistados.

Pues aquí la rutina es sólo tribuna, tribuna, tribuna y leer la biblia y limpiar, esa es toda la terapia. Te levantas y tribuna. Escuchas cada cosa que dice la gente que está aquí, desayuno y tribuna, después limpiar y al rato tribuna de nuevo. No es que sea mal, pero es tanto que enfada (Usuario de Centro de Tratamiento No-Gubernamental, 28 años).

Llama la atención que en la mayoría de los centros expresaron un interés por involucrar a las familias en el proceso terapéutico, por lo que al menos 16 de los 22 centros no gubernamentales entrevistados reportaron realizar algún tipo de terapia familiar. Sin embargo, en la mitad de estos establecimientos, esta terapia es coordinada no por un profesional, sino por un padrino. El acompañamiento de un familiar es una condición para ingresar a la mayoría de los centros entrevistados, sin embargo, involucrar a la familia en el proceso terapéutico es un reto. En algunos centros no gubernamentales la participación de familiares en la terapia y la asistencia a la visita son condicionantes de la permanencia del usuario.

35. La tribuna es una intervención en la que una persona se para frente a los compañeros en tratamiento y da testimonio de cómo era su vida cuando estaba usando sustancias, con un énfasis en los efectos negativos que tuvo esta práctica en sus relaciones sociales, familiares y laborales. También se utiliza para externar emociones negativas, a modo de catarsis. La forma de operar la tribuna cambia según el centro. En unos no se permiten intervenciones por parte de los demás asistentes, en otros los asistentes pueden confrontar a quien está dando testimonio y éste tiene que callar y escuchar comentarios negativos e incluso, derogativos, lo cual hace parte del tratamiento en tanto debe transformar su ego y poder controlar su impulso a reaccionar ante agresiones percibidas. Dar testimonio en "tribuna" se considera un acto de humildad (García y Anderson, 2016).

Lo que significa que aquellas personas que no cuentan con apoyo familiar tienen menores oportunidades de acceso a tratamiento y de terminación del mismo.

Muchas veces siento que las familias internan a su ser querido para encerrarlo y poder descansar tres, cuatro o cinco meses, pero que no tienen un interés real en que se mejoren, porque se les explica que la familia es parte fundamental del tratamiento, pero no vienen a las sesiones familiares, no vienen la visita tampoco, a veces los muchachos no tienen sus cosas básicas de aseo personal porque nadie viene a verlos, lo que les genera más resentimiento (Psicóloga Centro de Tratamiento No Gubernamental).

El costo promedio del tratamiento es de \$5,845 (292USD aprox.), con un valor máximo de \$38,000 (1600 USD aprox.) que corresponde al único centro público del estado. Cinco de los 23 centros encuestados reportaron ofrecer los servicios de manera gratuita y nueve reportaron costos menores a los \$3,500 (150 USD aprox.). En las entrevistas realizadas con el personal de consejería y dirección de los centros, el centro público mencionó que la asignación del precio a pagar por el tratamiento depende del estudio socioeconómico que se realiza al momento del ingreso. Los centros que operan bajo el modelo de ayuda mutua fueron quienes en mayor proporción reportaron ser gratuitos o con un costo máximo de \$3,500 (150 USD aprox.).

Conviene señalar que la mayoría de los centros no gubernamentales encuestados (20/23) reportó no recibir apoyo estatal de ningún tipo, mientras que sólo ocho reportó no recibir donativos privados. Los principales donativos que reportados fueron comida, insumos de aseo, ropa y dinero. Estos donativos no son aportes significativos, por lo que la principal fuente de financiamiento de los centros privados son las cuotas que cobran a las personas por ingresar. Los centros que reciben a mayor proporción de población sin capacidad de pago se enfrentan al dilema de bajar la calidad de la comida y depender exclusivamente del suministro público de agua, de modo que puedan cubrir los gastos indispensables (renta, servicios públicos y pago de profesionales), situación que afecta las condiciones de vida de los usuarios.

Con respecto a servicios complementarios, la mayoría de los centros encuestados (20/23) reportó que brindan acompañamientos a servicios de salud en casos en que la persona internada necesite algún tratamiento médico particular. Sin embargo, en la mayoría de los casos los familiares de las personas internadas deben cubrir los gastos de las visitas médicas y la compra de los medicamentos. Aunque es claro también que, cuando los internos no cuentan con este apoyo familiar y requieren la atención médica, el centro se hace cargo de los gastos. La entrega de medicamentos psiquiátricos controlados como parte del tratamiento fue reportado por 14 de los 22 centros no gubernamentales encuestados.

Sólo dos de los centros entrevistados (el centro público y un centro no-gubernamental) cuentan dentro de su equipo con nutriólogo. En estos dos establecimientos, la valoración de las necesidades nutricionales de la persona hace parte de la valoración integral al momento del ingreso y con base en ello se diseña una dieta, que es considerada parte del tratamiento. Aunque la mayoría de los responsables de los centros no gubernamentales entrevistados reconoce que la alimentación es una parte esencial de la recuperación, reconocen también que la falta de financiamiento incide en sus posibilidades de ofrecer una dieta adecuada.

Yo qué más quisiera que darles una buena dieta a los muchachos. Darles carne, darles proteína, pero muchas veces no alcanza sino para arroz, tortillas y frijoles. Es la realidad. Hace mucha falta el apoyo por parte del gobierno, porque nuestro trabajo beneficia a la sociedad. Nosotros aceptamos a todas las personas que solicitan el servicio, así no tengan lo del ingreso. Lo hacemos, porque sabemos que esa mamá está sufriendo, que esa familia está sufriendo y que no tienen a dónde llevar ese muchacho. Pero también es cierto que en veces nos quedamos cortos de dinero y fallamos en la alimentación (Director Centro de Tratamiento No-Gubernamental).

Todos los centros de tratamiento entrevistados, tanto público como no gubernamentales reportaron ofrecer seguimiento una vez la persona sale del internamiento, sin embargo, en las entrevistas realizadas, los consejeros y directores de los centros no gubernamentales reconocieron que son pocas las personas que regresan a las sesiones de seguimiento, en parte porque la mayoría entra a tratamiento de manera involuntaria, por lo que como lo menciona uno de los psicólogos entrevistados *“cuando finalmente llegan a los tres meses, lo último que quieren es regresar al centro para hacer seguimiento”*.

5.6.5 Personal y Perfiles Profesionales de Proveedores de Servicios

El centro público no brindó información para caracterizar los perfiles profesionales de las personas que ofrecen los servicios. Sin embargo, la información pública disponible permitió identificar un equipo de 20 personas, todas profesionales con nivel mínimo de escolaridad de licenciatura y máximo de doctorado, con edades que van desde los 25 hasta los 50 años, organizados en las áreas de trabajo social, comunidad terapéutica, rehabilitación, nutrición, prevención, psiquiatría y laboratorio.

Por su parte, los centros no gubernamentales entrevistados reportaron funcionar con equipo conformado por nueve personas en promedio. En la mayoría de estos establecimientos a las únicas personas a quienes se les paga por su trabajo es a médicos y psicólogos, el resto (directores, subdirectores, consejeros) no son considerados “trabajadores” sino “pares”. Ellos mismos representaron su trabajo en los centros como un servicio, un voluntariado que les permitía mantenerse en sobriedad y en esa medida consideraban que el servicio que prestaban hacía parte de su propio tratamiento. En otros casos eran personas que habían terminado su tratamiento pero preferían permanecer internados, por lo que ya no pagaban, pero a cambio de su

permanencia realizaban algún servicio (cocina, aseo, seguridad). Esta situación obliga a que las personas que dirigen los centros tengan trabajos remunerados o negocios que atienden durante el día, por lo que su presencia en el centro es intermitente.

Nosotros no somos trabajadores. Somos parte de esto. Lo hacemos de muy buena voluntad para sacar adelante a las personas con drogadicción, ya que nosotros somos parte de alcohólicos anónimos y estamos para ayudar a los que lo necesitan (...) Las familias nos buscan para que les podamos dar ayuda (Director Centro de Tratamiento No-Gubernamental).

Dieciocho de los 22 centros encuestados contaban con psicólogos, 16 con médicos y tres con psiquiatra. Sin embargo, es importante aclarar que mientras los y las psicólogas reportaron trabajar un promedio de 30 horas a la semana y acudir cinco días a la semana, los médicos, reportaron trabajar en promedio nueve horas a la semana y acudir máximo tres días a la semana, siendo su principal actividad la realización de valoraciones a nuevos ingresos y responder urgencias ocasionales. Los psiquiatras sólo respondían a urgencias.

Los datos mostraron unas condiciones de trabajo bastante precarizadas en los centros de tratamiento no gubernamentales. En primer lugar, por la ausencia de remuneración para quienes prestan servicios no profesionales al centro. En segundo lugar, porque, aunque los psicólogos, médicos y psiquiatras que trabajan en los centros reciben un pago, este se realiza por consulta realizada y no cuentan con contrato. En promedio, a los psicólogos se les paga \$80 (4USD aprox) por consulta individual y \$100 (5USD aprox) por consulta grupal. A los médicos se les paga \$500 (25 USD aprox) por día de visita al centro.

Mientras las edades de los médicos oscilan entre los 40 y 50 años, las edades de los psicólogos están entre los 25 y los 35 años. Pareciera que los psicólogos que presentan los servicios en los centros de tratamiento no-gubernamentales son jóvenes recién egresados que están iniciando su trayectoria laboral y cuentan con poca experiencia, por lo que su trabajo en los centros representa su principal ingreso. En contraste, los médicos son personas con una trayectoria laboral ya establecida y el trabajo en el centro representa ingresos adicionales. La principal motivación de los psicólogos entrevistados para trabajar en los centros no-gubernamentales a pesar de las precarias condiciones laborales es la falta de oportunidades para trabajar en otros espacios, el deseo de especializarse en adicciones y las capacitaciones que ofrece Capa.

El análisis de los perfiles sociodemográficos de los directores de los establecimientos no-gubernamentales, muestra que la mayoría (10/22) tienen estudios de preparatoria completa o más, siete terminó la secundaria y cinco alcanzó sólo la primaria. La edad promedio de los directores son los 47 años, con un rango que va de los 29 a los 68 años. Todos reportaron tener experiencia propia en tratamiento para uso problemático de drogas, con un tiempo promedio de recuperación de 16 años, en un rango que va desde un año hasta 29.

5.6.6 Relaciones Interinstitucionales

Las instituciones con quienes los centros de tratamiento no gubernamentales tienen más relaciones de referencia y contrarreferencia son el Hospital General (15/23) los centros de salud (14/23), y el Hospital de Salud Mental (11/23). Otras instituciones con las que los centros no gubernamentales establecen relación es el sistema de procuración de justicia, cuando la persona es enviada a internamiento por una orden judicial. Sin embargo, no se tiene un sistema de referencia-contrarreferencia, más allá de las anotaciones en las historias clínicas de los usuarios de los servicios utilizados.

Las entrevistas permitieron reconocer que los centros de tratamiento no gubernamentales, sólo acuden a los servicios públicos de salud en casos de gravedad que requieren un especialista. El procedimiento más común es llevar a los usuarios a una consulta médica privada y de bajo costo que se ofrece normalmente en farmacias cercanas o con un médico con quien tienen relaciones de confianza.

La Secretaría de Salud no ofrece ningún servicio a la población que se encuentra cautiva en los centros, como pruebas de detección de VIH u otras ITS, Hepatitis C, glucosa, o servicios de vacunación universal. Son las organizaciones civiles y grupos cristianos, quienes ofrecen talleres sobre género y sexualidad y estudios bíblicos una vez por semana.

En contraste, el centro de tratamiento público cuenta con buenas relaciones con diferentes dependencias de la Secretaría de Salud, lo que facilita los procesos de referencia y contrarreferencia y garantizar acceso a servicios de salud gratuitos y de calidad.

5.6.7 Trabajo comunitario

En general, la preeminencia de la perspectiva médica frente al tratamiento al uso problemático de drogas desde la cual se erige el trabajo del centro de tratamiento público y los no gubernamentales, no facilita que estos establecimientos piensen cómo involucrar a las comunidades a las que insertan en su intervención, más allá de las terapias familiares. Las intervenciones en la mayoría de los casos son estrictamente intramuros, de hecho, uno de los objetivos del internamiento es el aislamiento del usuario de su entorno social, al considerarlo nocivo.

Sólo dos de los 22 centros no gubernamentales entrevistados reportaron construir redes de apoyo con la comunidad, integrada por iglesias, pequeños negocios que operan en el área de influencia del centro y familiares de los usuarios de los servicios. A través de estas redes de apoyo, se intercambian servicios que favorece la inserción laboral de los usuarios. Por ejemplo, los jóvenes que reciben los servicios de tratamiento acuden a prestar servicios de pintura, jardinería, limpieza. Las iglesias donan alimentos o ropa, los negocios permiten la reinserción laboral de

los y las usuarios de servicios. Las entrevistas evidencian que estas redes se crean por la iniciativa de los representantes de los mismos centros y que son los familiares de los y las usuarias quienes alimentan las redes a través de intercambios de servicios y apoyos. El estado no participa ni alimenta estas iniciativas.

Hay una estética que me ofreció una ayuda para capacitar a todas las chicas para que aprendan a maquillar, hacer peinados, poner uñas, pestañas y hacer cortes de pelo. Es una oportunidad que la misma comunidad le ofrece a los muchachos que están aquí, para que cuando salgan sepan hacer algo (...) También hemos conformado una red de apoyo con una iglesia evangélica, que tiene nueve iglesias en todo San Luis. El pastor promociona las cosas que los muchachos nuestros saben hacer y siempre salen trabajillos. En esta red de apoyo buscamos que los muchachos sean tomados en cuenta, que se les pague, porque siempre hay alguien que necesita un apoyo y los muchachos pueden hacerlo (Director Centro de Tratamiento No-Gubernamental).

Así mismo, los grupos ambulatorios de AA y algunos centros de tratamiento residencial que se apegan a esta filosofía, conforman una red informal de atención que facilita que las personas que requieren servicios de tratamiento residencial para el uso problemático de drogas encuentren un centro acorde a sus necesidades financieras y geográficas. La red permite además que aquellos usuarios que terminan el tratamiento puedan encontrar un grupo de apoyo a través del cual puedan permanecer en abstinencia. A su vez la red, favorece el acceso de manera informal a opciones laborales y educativas, siempre basándose en el capital social de sus miembros y sin recurrir a canales institucionales.

La desconfianza hacia el estado por parte de los centros de tratamiento no gubernamental fue un elemento reiterado en las entrevistas que no permite una interlocución más activa con el Estado, más allá de la asistencia a las capacitaciones que se ofrecen. En general, los directores de los centros sienten que el Estado no está suficientemente interesado en las personas que ellos atienden y que cualquier solicitud va a derivar en una negativa y/o en mucho trabajo burocrático. Dado que la mayoría de las personas que trabajan en los centros lo hacen a modo de voluntariado, tampoco cuentan con el tiempo y los recursos para ejercer presión ante el Estado y conseguir apoyos específicos en términos de mobiliario, acompañamiento profesional y alimentación. La concepción del usuario como enfermo o incapacitado mental, tampoco favorece que desde la sociedad civil se demande al Estado mayores y mejores servicios de tratamiento.

6 CONSIDERACIONES FINALES

La guerra contra las drogas en México ha tenido consecuencias fatales en términos de muertes, desapariciones forzadas y violaciones sistemáticas a los derechos humanos, sin embargo, su impacto en la criminalización y estigmatización de las personas con uso problemático de drogas no ha sido suficientemente evaluado.

Por un lado, los discursos sobre los que se erige la guerra contra las drogas ha generado la polarización de la sociedad mexicana entre aquellos ciudadanos que merecen gozar de los derechos fundamentales y aquellos que no, por su contacto con grupos criminales. Si la ilegalización de las sustancias a principios del siglo XX convirtió en criminales a los usuarios, la guerra contra las drogas ha favorecido la normalización y legitimación de la violencia hacia estas personas sólo por su condición usuarios de sustancias ilegalizadas. El estigma construido tras 100 años de prohibición hacia las personas que usan drogas ha facilitado la invisibilización de su derecho a la salud y distraer a la opinión pública frente a la obligación del estado de garantizar este derecho fundamental.

Por otro lado, la severidad e intensidad de la violencia que ha generado la guerra contra las drogas en México, ha minado la salud mental de los y las mexicanas, especialmente de aquellos que viven condiciones de exclusión social. Numerosos estudios encuentran que vivir en condiciones de estrés se asocia a una mayor probabilidad de desarrollar dependencia a las sustancias (Kessler, 2004). En México, el aumento de la violencia ha generado una experiencia de la vida en riesgo constante, un clima emocional de miedo, incertidumbre y desesperanza. En este contexto, el uso intenso de sustancias ilegalizadas, se convierte, para ciertas poblaciones marginalizadas, en un mecanismo que facilita formas de sociabilidad, en una estrategia para hacer frente al desencanto y el aburrimiento cotidiano, y de encontrar placer. En ese sentido, el uso problemático de drogas no puede leerse por fuera de las impactantes experiencias de trauma, violencia, humillación, depredación y pobreza que viven millones de mexicanos y mexicanas.

El actual gobierno de López Obrador ha planteado la necesidad de un cambio de narrativa frente a las drogas, donde se ponga al centro el sujeto y no a la sustancia. En términos de los arreglos institucionales frente a la atención al uso problemático de drogas, ello supondría garantizar el acceso universal a tratamiento público, gratuito y de calidad. Para ello, es indispensable aumentar el presupuesto público para mejorar la oferta pública de estos servicios y supervisar la calidad de los existentes en estricto apego a los derechos humanos, con la finalidad, entre otras cosas de posicionar un enfoque de equidad e inclusión social.

Ello supone también fortalecer el trabajo colaborativo que ya existe a nivel local entre La Dirección de Salud Mental y Adicciones y los centros de tratamiento no-gubernamentales a través de programas de mejoramiento continuo de estos centros de tratamiento, proveyendo estrategias de alimentación, de adecuación del mobiliario, de acceso a profesionales de la salud mental. Desconocer el trabajo que realizan los centros de tratamiento no-gubernamentales en favor de las personas con uso problemático de drogas y sus familias y/o demonizarlos, no favorece las condiciones en las que las personas pobres acceden a tratamiento, antes bien, genera resistencias para acercarse a las instituciones públicas.

Es necesario que el discurso médico-hegemónico dialogue con las prácticas particulares de atención que se ofrecen desde los centros de tratamiento no-gubernamental. Ofrecer apoyos gubernamentales para ayudar a los centros a mejorar la calidad de sus servicios, es una estrategia que favorecería el cumplimiento de los requisitos de la norma para el funcionamiento de estos establecimientos y fortalecería las redes de cooperación y trabajo integral entre estos centros y las distintas dependencias de salud pública.

En segundo lugar, cambiar la narrativa frente a las drogas poniendo al sujeto en el centro supondría cuestionar el modelo médico hegemónico y promover enfoques donde los usuarios tengan mayor participación en sus procesos de tratamiento. Ello pasa por generar un debate más amplio en torno a la manera como se concibe el uso de drogas y las personas usuarias, preguntándose por el papel que cumple el uso de drogas en las comunidades y plantear estrategias para erradicar el estigma y la discriminación hacia las personas que usan sustancias ilegalizadas.

En tercer lugar, cambiar la narrativa frente a las drogas supone reflexionar en torno al enfoque manicomial o institucionalizante que predomina en México como estrategia de tratamiento. Al respecto, es interesante constatar que sólo hasta 2002 se reconoce de manera oficial que los hospitales psiquiátricos son espacios donde se viola de manera sistemática los derechos humanos de la población internada y sólo hasta 2004 se plantea la necesidad de cerrar estos espacios y pensar nuevos dispositivos de atención. Trasladando la discusión al tratamiento frente al uso problemático de drogas, es necesario debatir sobre otros esquemas de intervención que han demostrado ser exitosos y que no se basan en la institucionalización y aislamiento de los usuarios (Barros *et al.*, 2018; Fergusson y Góngora, 2012). Supone debatir públicamente sobre las implicaciones del internamiento compulsivo e invertir en modelos comunitarios de atención, donde el énfasis sea la inclusión social de las personas que usan drogas y de quienes enfrentan un uso problemático, abordar el tema del estigma y la discriminación, en lugar de promover el aislamiento de los sujetos considerados “enfermos”.

Las coaliciones comunitarias promovidas por los Capa tienen el potencial de desarrollar intervenciones comunitarias frente al uso problemático de drogas desde una perspectiva menos clínica y más desde la intervención sociocultural, sin embargo, la falta de presupuesto específico para estas acciones y la falta de personal, aunado al difícil contexto de seguridad dificulta que este trabajo comunitario se fortalezca.

De este modo, aunque los Capa fueron diseñados para responder a realidades territoriales, el territorio no es un eje particular de la intervención, pues al ser fundamentalmente clínica, deja en segundo plano el tejido de relaciones sociales en las que el sujeto desarrolla su cotidianidad. La experiencia de los centros de tratamiento no-gubernamentales que realizan intervenciones comunitarias extramuros ha mostrado cómo estas ayudan a transformar el estigma y la discriminación

persistentes en la sociedad mexicana hacia las personas que usan drogas y favorece la integración social de los usuarios de los servicios de tratamiento (Milanese, Merlo y Machín, 2000; Ti, Tzemis y Buxton, 2012).

Sin estos tres elementos el llamado a cambiar de narrativa es sólo una retórica que encubre la estigmatización y el desamparo institucional que hoy enfrentan las personas con uso problemático de drogas en México.

REFERENCIAS

ABRANTES PÊGO, R.; ALMEIDA, C. Teoría y práctica de las reformas en los sistemas de salud: los casos de Brasil y México. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, n. 4, p. 971-989, 2002.

AA – ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS. **Los centros de ayuda mutua en México**. Ciudad de México: AA, 2019. Disponible en: <<http://aamexico.org.mx/preguntasosg>>.

ASTORGA, L. **El siglo de las drogas**: del porfiriato al nuevo milenio. Ciudad de México: Debolsillo, 2016.

BAUMAN, Z. **La sociedad individualizada**. Madrid: Ediciones Cátedra, 2001.

BECK, A. *et al.* **Terapia cognitiva de las drogodependencias**. Ciudad de México: Paidós, 1993.

BENASSINI, Oscar La atención psiquiátrica en México. **Salud Mental**, v. 24, n. 6, p. 62-73, 2001.

BRANDES, S. H. **Staying sober in Mexico City**. Austin: University of Texas Press, 2002.

CAMPOS, Isaac (2017) **A diplomatic failure**: the Mexican role in the demise of the 1940 Reglamento Federal de Toxicomanías, *Third World Quarterly*,

CIJ – CENTROS DE INTEGRACIÓN JUVENIL. **Guía de intervención clínica para terapia individual**. Ciudad de México: CIJ, 2016. Disponible en: <<https://bit.ly/3bbsSla>>.

_____. **Manual de organización de los Centros de Integración Juvenil**. Ciudad de México: CIJ, 2019a.

_____. **Tipos de atención**. Ciudad de México: CIJ, 2019b. Disponible en: <<https://bit.ly/3olLdjf>>.

CDHSLP – COMISIÓN DE DERECHOS HUMANOS DE SAN LUIS POTOSÍ. **Informe Especial:** sobre Centros de tratamiento de adicciones en modalidad residencial. San Luis Potosí: CDHSLP, (s/f).

CONADIC – COMISIÓN NACIONAL CONTRA LAS ADICCIONES. **Manual de organización específico del Comisionado Nacional contra las Adicciones (CONADIC).** Ciudad de México: Conadic, 2012. Disponible en: <<https://bit.ly/3pVhCNX>>.

CONADIC – COMISIÓN NACIONAL CONTRA LAS ADICCIONES; SECRETARÍA DE SALUD. **Modelo de atención Uneme-Capa – Centros de Atención Primaria en Adicciones “Centros Nueva Vida”.** Ciudad de México: Conadic; Secretaría de Salud, 2008.

_____. **Manual de procedimientos de las unidades de especialidades médicas-Centros de atención primaria en adicciones Uneme-Capa.** Ciudad de México: Conadic; Secretaría de Salud, 2015.

CONADIC – COMISIÓN NACIONAL CONTRA LAS ADICCIONES *et al.* **Diagnóstico de centros de tratamiento no gubernamentales.** Ciudad de México: Conadic; Cenadic; Cicad; OEA, 2011.

CONAPO – CONSEJO NACIONAL DE POBLACIÓN. **Proyecciones de la población de México y de las entidades federativas 2016-2050.** Ciudad de México: Conapo, 2020. Disponible en: <<https://bit.ly/3nnTJwG>>. Consultado el: 10 feb. 2020.

COOK, C. The Minnesota model in the management of drug and alcohol dependency: miracle, method or myth? Part I. The Philosophy and the Programme. **British Journal of Addiction**, v. 83, n. 6, p. 625-634, 1988.

DEL BOSQUE, J.; MACHÍN, J. **Organizaciones de la sociedad civil con programas de prevención y tratamiento de farmacodependencias para jóvenes:** análisis de experiencias y modelos. Ciudad de México: Instituto Mexicano de la Juventud, 2020.

ENCISO, F. **Nuestra historia narcótica.** Ciudad de México: Penguin Random House Group Editorial, 2015.

ESCOHOTADO, A. **Historia general de las drogas.** Madrid: S.L.U. Espasa libros, 2005.

FERGUSON, S.; GÓNGORA, A. La relación entre personas y drogas y los dispositivos de inclusión social basados en la comunidad: críticas y perspectivas desde América Latina. Bruselas: Copolad, 2012. Disponible en: <<https://bit.ly/3hM9AEj>>. Consultado el: 30 Mar. 2020

GALAVIZ, G.; ODGERS ORTIZ, G. Estado laico y alternativas terapéuticas religiosas. El caso de México en el tratamiento de adicciones. **Debates do NER**, v. 2, n. 26, p. 253-276, 2014.

GARBI, S. L.; TOURIS, M. C.; EPELE, M. Técnicas terapéuticas y subjetivación en tratamientos con usuarios/as de drogas. **Ciencia & Saude Colectiva**, v. 17, v. 7, p. 1865-1874, 2012.

GARCÍA, A.; ANDERSON, B. Violence, addiction, recovery: an anthropological study of Mexico's anexos. **Transcultural Psychiatry**, v. 53, n. 4, p. 445-464, 2016.

GOFFMAN, I. **Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales**. Buenos Aires: Amorrortu, 1972.

INEGI – INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA. **Conteo nacional de población y vivienda**. Ciudad de México: Inegi, 2015.

MACHÍN, J. Principales abordajes al tema de drogas. *En*: MACHÍN, Juan; MENDOZA, Anayeli. **Meta-Modelo Eco2**: apuntes sobre prevención, reducción de riesgos y daños asociados al consumo de sustancias psicoactivas. Ciudad de México: Centro de Formación para la Atención de las Farmacodependencias y Situaciones Críticas Asociadas, 2015.

MACHÍN, J. *et al.* Comunidades terapéuticas: algunas experiencias y reflexiones sobre el tratamiento de las farmacodependencias. **Liberadictus 741**, 2002. Disponible en: <<https://bit.ly/393NLFy>>.

MACHÍN, J. *et al.* Reducción del daño: un pasaje del delirio utópico al realismo ecológico. Pp. 188-207. *En*: MILANESE, Efrem (Coord). **Farmacodependencia y reducción de daños – Segundo Seminario de Expertos**. Ciudad de México: Centro Caritas de Formación para la Atención de las Farmacodependencias y Situaciones Críticas Asociadas, 2006.

MAGIS RODRÍGUEZ C.; PARRINI ROSES, R. Nuestra epidemia, el Sida en México 1983-2002. *En*: MAGIS RODRÍGUEZ, C.; BARRIENTOS BÁRCENAS, H.; BERTOZZI KENEFICK, S. **SIDA**: aspectos de salud pública. Manual. Ciudad de México: Censida, 2006.

MARÍN-NAVARRETE, R.; MEDINA-MORA, M. E; TENA-SUCK, C. Addiction care in Mexico: A challenge for non-specialized health professionals. **Salud Mental**, v. 39, n. 5, p. 241-242, 2016.

MÉXICO. Secretaría de Salud. **Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009, para la prevención, tratamiento y control de las adicciones**. Ciudad de México: Secretaría de Salud, 2009. Disponible en: <<https://bit.ly/3hVXKHO>>.

MILANESE, E.; MERLO, R.; MACHÍN, J. **Redes que previenen**. Ciudad de México: Instituto Mexicano de la Juventud; Centro de Formación Farmacodependencias y Situaciones Críticas Asociadas, 2000.

OSPINA, A. **Itinerarios de adversidad**: biografías de uso de drogas, estilos de vida y ambientes de riesgo al VIH en varones inyectores de Tijuana, Cd. Juárez y Hermosillo, México. Tesis (Doctorado) – Centro de Estudios Demográficos, Urbanos y Ambientales, El Colegio de México, Ciudad de México, 2016.

PÉREZ-CORREA, C. **(Des)proporcionalidad y delitos contra la salud en México**. Ciudad de México: Centro de Investigación y Docencia Económica (CIDE), 2012.

PÉREZ-CORREA, C.; SILVA MORA, K. **El estado frente al consumo y los consumidores de drogas ilícitas en México**. Aguascalientes, México: Centro de Investigación y Docencia Económica (CIDE), 2014.

PÉREZ GONZÁLEZ, J. L. Toxicomanías. *En*: MOLINA, Andrés Ríos (Coord.). **Manicomio La Castañeda y sus diagnósticos**: una historia de la clínica psiquiátrica en México, 1910-1968. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México Instituto de Investigaciones Históricas; Instituto de Investigaciones Dr. José María Luis Mora, 2017.

PÉREZ MONTFORT, R. **Tolerancia y prohibición**: aproximaciones a la historia social y cultural de las drogas en México 1840-1940. Ciudad de México: Debate, 2016.

PARADA-TORO, I.; *et al.* Financiamiento de programas de farmacodependencia en la Ciudad de México: 1990-1994. **Salud Pública de México**, v. 42, n. 2, p. 118-125, 2000.

RAMÍREZ, T. La expansión de los tribunales de drogas en México. *En*: UPRIMNY, R. (Coord.). **Informe técnico sobre alternativas al encarcelamiento para delitos relacionados con drogas, OEA, CICAD, 2015**. Ciudad de México: ODC, 2016.

ROSOVSKY, H. Alcohólicos Anónimos en México: fragmentación y fortalezas. **Revista Desacatos**, v. 29, p. 13-30, 2009.

SACRISTÁN, M. C. **Historiografía de la locura y de la psiquiatría en México**: de la hagiografía a la historia posmoderna. Ciudad de México: Frenia, v.1., 2005.

SÁNCHEZ-MEJORADA, Fernández, J. **Comunidad terapéutica para personas con consumo de sustancias psicoactivas guía para el tratamiento e integración social en materia de adicciones**. Ciudad de México: Instituto para la Atención y Prevención de las Adicciones en la Ciudad de México, 2013.

SCHNEIDER, S. **Mexican community health and the politics of health reform**. Albuquerque: University of New Mexico Press, 2010.

TI, L; TZEMIS, D; BUXTON, J. A. Peer engagement in the context of policy and program development: a review of the literature. **Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy**, v. 7, n. 47, 2012.

VILLATORO-VELÁZQUEZ, J. A. *et al.* **Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017**: reporte de drogas. Ciudad de México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública; Comisión Nacional Contra las Adicciones; Secretaría de Salud, 2017.

ZAMUDIO, C.; CHAVEZ, P; ZAFRA, E. **Abusos en centros de tratamiento con internamiento para usuarios de drogas en México**. Ciudad de México: CUPIDH cuadernos de trabajo, 2015.

BIBLIOGRAFÍA COMPLEMENTAR

BERENZON, S.; MEDINA MORA, M. E.; LARA, M. A. Servicios de salud mental: veinticinco años de investigación. **Salud Mental**, v. 26, n. 5, p. 61-72, 2003.

CHAPARRO, S.; PÉREZ-CORREA, C.; YOUNGERS, C. **Castigos irracionales**: leyes de drogas y encarcelamiento en América Latina. Ciudad de México: Colectivo de Estudios Drogas y Derecho, 2017.

CONADIC – COMISIÓN NACIONAL CONTRA LAS ADICCIONES. **Directorio de establecimientos especializados en el tratamiento de las adicciones en modalidad residencial reconocidos por la comisión nacional contra las adicciones**. Ciudad de México: Conadic, 2019. Disponible en: <<https://bit.ly/3omxoAW>>.

_____. **Modelo de atención Uneme-Capa – Centros de Atención Primaria en Adicciones “Centros Nueva Vida”**. Ciudad de México: Conadic, 2019. Disponible en: <<https://bit.ly/3or5N1O>>.

DE LA FUENTE, R.; CAMPILLO, C. La psiquiatría en México: una perspectiva histórica. **Gaceta Médica de México**, v. 111, n. 5, p. 421-436, 1976.

FRENK, J. *et al.* Evidence-based health policy: three generations of reform in Mexico. **Lancet**, v. 362, p. 1667-1671, 2003.

MADRAZO, A.; GUERRERO, A. Mas caro el caldo que las albóndigas. **Nexos**, 2012. Disponible en: <<https://bit.ly/3baLvnpn>>.

MARÍN-NAVARRETE, R.; MEDINA-MORA, M. E.; TENA SUCK, A. Breve panorama del tratamiento de las adicciones en México. *En*: TENA SUCK, A.; MARÍN-NAVARRETE, R. (Eds.). **Temas selectos en orientación psicológica VIII: orientación psicológica y adicciones**. Ciudad de México: Manual Moderno, p. 1-7, 2014.

MARÍN NAVARRETE, R. *et al.* Estudio sobre la experiencia de hombres atendidos en centros residenciales de ayuda mutua para la atención de las adicciones. **Salud Mental**, v. 36, p. 393-402, p. 2013.

MEDINA MORA, M. E. *et al.* Del siglo XX al tercer milenio. Las adicciones y la salud pública: drogas, alcohol y sociedad. **Salud Mental**, v. 24, n. 4, p. 3-19, 2001.

MÉXICO. Secretaría de Salud; Subsecretaria de Prevención y Promoción de la Salud. **Dirección General de Epidemiología. Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA). Informe 2016**. Ciudad de México: Secretaría de Salud, 2017.

_____. **Qué es el seguro popular**. Ciudad de México: SSA, 2019. Disponible en: <<https://bit.ly/3njQFln>>.

OPS – OPEN SOCIETY FOUNDATIONS. **Informe Especial sobre Drogas y Derechos Humanos en la Ciudad de México 2012-2013 – Ni socorro, ni salud: abusos en vez de rehabilitación para usuarios de drogas en América Latina y el Caribe**. Ciudad de México: OPS, 2016.

RÍOS MOLINA, Andrés. Locura y encierro psiquiátrico en México: el caso del manicomio la castañeda, 1990 Antípoda. **Revista de Antropología y Arqueología**, n. 6, p. 73-90, 2008.

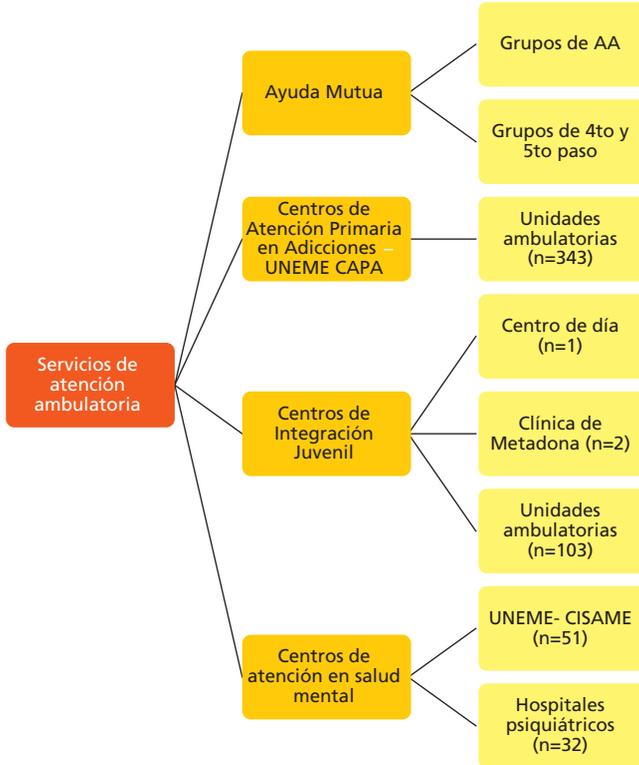
TELLO, Angela. Proyecto Viviendo Suroccidente, elementos hacia la construcción de una propuesta de prevención regional. *En*: MILANESE, Efrem (Coord.). **Farmacodependencia y reducción de daños**. Ciudad de México: Centro Caritas de Formación para la Atención de las Farmacodependencias y Situaciones Críticas Asociadas, AC.; Caritas Alemania; Plaza y Valdés Editores, 2006.

WATT, P.; ZEPEDA, R. **Drug war Mexico: politics, neoliberalism and violence in the new narcoeconomy**. London, UK: Zed Books, 2012.

VILLATORO-VELÁZQUEZ, J. *et al.* **Encuesta Nacional de Adicciones 2011: reporte de Drogas**. Ciudad de México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública; Secretaría de Salud, 2012.

ANEXO A

FIGURA A.1
Organización de la oferta de servicios ambulatorios de atención al uso problemático de sustancias en México (2019)



Fuentes: NOM-028 y documentos de la SSA.
Elaboración de la autora.

ANEXO B

FIGURA B.1
Organización de la oferta de servicios residenciales de atención al uso problemático de sustancias en México (2019)



Fuentes: NOM-028 y documentos de la SSA.
Elaboración de la autora.

ANEXO C

FIGURA C.1
Carta de aprobación del estudio por parte del comité de ética de la Secretaría de Salud de SLP



SERVICIOS DE SALUD
DEL ESTADO
SAN LUIS POTOSÍ



SERVICIOS DE SALUD
PROSPERAMOS JUNTOS

DIRECCIÓN: DE ATENCIÓN MÉDICA
SUBDIRECCIÓN: DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD
DOMICILIO: PROLONG. CALZADA DE GUADALUPE No. 5850 COL. LOMAS DE LA VIRGEN, C.P. 24000
NUMERO DE OFICIO: 165.2
EXPEDIENTE: 165.2

ASUNTO: Evaluación de Protocolo Registro Estatal SLP/08-2019.

San Luis Potosí, S.L.P., **28 JUN. 2019**

DRA. ANGÉLICA OSPINA ESCOBAR
PROFESOR INVESTIGADOR DEL CENTRO DE INVESTIGACIÓN Y DOCENCIAS ECONÓMICAS, A.C.
SEDE REGIÓN CENTRO DE AGUASCALIENTES
CIRCUITO TECNOPOLONORTE No. 117
COL. TECNÓPOLO POCITOS II, C.P. 20313
AGUASCALIENTES, AGS.

Hago de su conocimiento que el pasado 14 de noviembre del 2019, en sesión extraordinaria del Comité Estatal de Ética en Investigación en Salud, se realizó la Evaluación del Protocolo de Investigación:

Tendencias del Uso Problemático de Drogas en San Luis Potosí y Brechas de Prevención y Atención	Dra. Angélica Ospina Escobar
Centro de Investigación y Docencias Económicas, A.C.	
REGISTRO ESTATAL	
SLP/08-2019	

Siendo el dictamen por consenso:

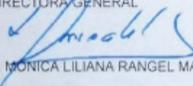
OPINIÓN TÉCNICA FAVORABLE

Lo anterior, con fundamento en el TÍTULO QUINTO de la Ley Estatal de Salud, que establece las bases, condiciones y normatividad en materia de Investigación para la Salud, y la NOM-D12-SSA3-2012, que establece los criterios para la ejecución de Proyectos de Investigación para la Salud en Seres Humanos.

En base a la Guía Nacional para la Integración y Funcionamiento de los Comités de Ética en Investigación, el Comité tendrá la facultad de solicitar el seguimiento del estudio en cualquier fase de su desarrollo, su cumplimiento de acuerdo al Protocolo autorizado y a la guía de buena Práctica Clínica para garantizar la protección del sujeto participante al estudio, y cumplir con las disposiciones que marca el Reglamento Interno del Comité Estatal de Ética en Investigación, Capítulo X, Artículo No. 45, el Investigador Titular se obliga como parte de los compromisos adquiridos, a entregar con periodicidad semestral los avances de la Investigación al Comité Estatal de Ética en Investigación en Salud; y la Subdirección de Prevención y Promoción para la Salud de estos Servicios de Salud, dará seguimiento, para colaborar con la información que requiere el Investigador, con la finalidad de continuar con el desarrollo de los resultados obtenidos.

Reciba un cordial saludo.

ATENTAMENTE
SUFRAGIO EFECTIVO. NO REELECCIÓN
LA DIRECTORA GENERAL



DRA. MONICA LILIANA RANGEL MARTÍNEZ.

SERVICIOS DE SALUD
DE SAN LUIS POTOSÍ

DIRECTO

28 NOV. 2019

OFICIALIA DE PARTES

JML/GRJA/GCT

2019, "Año del Centenario del Natalicio de Rafael Montejano y Aguiñaga"

ANEXO D

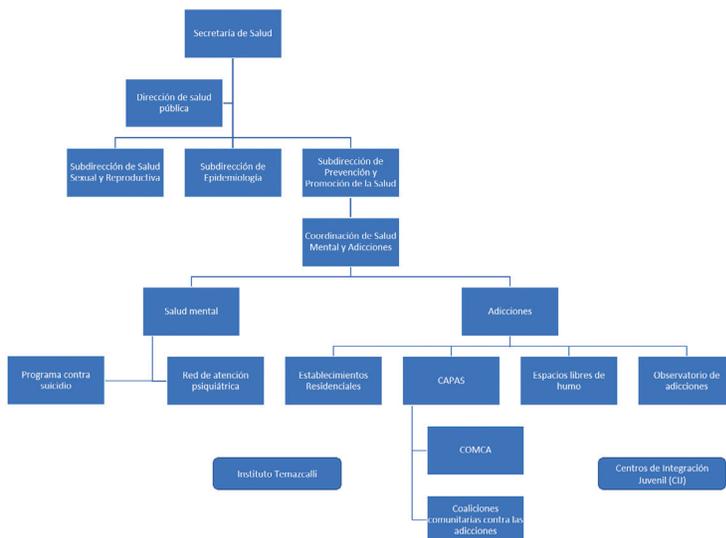
FIGURA D.1
Ubicación del estado de San Luis Potosí en el territorio mexicano



Fuente: Disponible en: <<https://bit.ly/2Xiklos>>.

ANEXO E

FIGURA E.1
Organización de los servicios de tratamiento para uso problemático de drogas en San Luis Potosí (2019)



Elaboración de la autora.

Obs.: Ilustración cuyos diseños y textos no pudieran ser estandarizados y revisados en virtud de las condiciones técnicas de los archivos originales (nota del Editorial).

