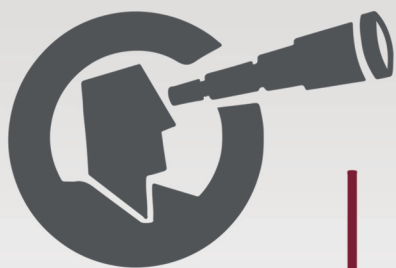


Consumo de drogas en Juárez:

Documento de trabajo para la Mesa de Seguridad y Justicia de Ciudad Juárez.

Víctor Daniel Jurado Flores



**Observatorio
Ciudadano**

Prevención
Seguridad
Justicia
Juárez

Observatorio Ciudadano de Prevención, Seguridad y Justicia de Juárez

Octubre. 2016

**Observatorio Ciudadano de Prevención,
Seguridad y Justicia de Juárez**

Consumo de drogas en Juárez:
Documento de trabajo para la Mesa de Seguridad
y Justicia de Ciudad Juárez. Octubre 2016.

// Consejo Local

*Jorge Luis Contreras Fornelli
Alejandra Catarina de la Vega Arizpe
Irma Cristina Hidalgo Cunningham
Luis Mario Dena Torres
Manuel Sotelo Suárez
Francisco Solís Payán
Octavio Muñoz Corral
José Alejandro Calderón Ulloa
Juan Ignacio Camargo Nassar
Marco Antonio Parson Parra
Laura Ochoa Bermúdez
María Isabel Sánchez Quirarte
Gabriel Alberto Cantú Murguía
Rogelio González Alcocer
Gustavo González Navarro
Ricardo Duarte Jáquez
Juan Carlos Sapién de Anda*

// Director

Ricardo Netzahualcóyotl Rodríguez Rodríguez

**// Titular de la Unidad de
Prevención de la Violencia.**

Raúl Soto Zamora

**// Coordinador del
Observatorio Ciudadano.**

Yavee Elohim Isaac Gonzalez Martinez

// Investigador Asociado.

Víctor Daniel Jurado Flores

Observatorio Ciudadano de Prevención, Seguridad y Justicia de Juárez

Av. Tomas Fernandez 7815, Int. 102. Col. Los Parque, Ciudad Juárez, Chihuahua, C.P. 32440; Tel (656)7007478,
www.seguridadyjusticia.org, coordinador.oc.jrz@ficomsec.org.

Autor: Víctor Daniel Jurado Flores, Editor responsable: Yavee Elohim Isaac Gonzalez Martinez.

Agradecimientos

Este documento no se hubiera podido realizar sin la valiosa participación y colaboración de las siguientes personas e instituciones, quienes a través de entrevistas, documentos y consejos ayudaron a estructurar este diagnóstico con una visión crítica e informada sobre el fenómeno del consumo de sustancias psicoactivas:

-
- *Olivia Caraveo, Centros de Integración Juvenil.*
 - *Juan Machín, CAFAC.*
 - *Raúl Montoya, Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Adicciones, delegación Chihuahua.*
 - *Julián Rojas, Grupo Compañeros.*
 - *Víctor Silerio, Director de Vida Íntegra.*
 - *Simón Tavera, Consultor USAID.*

// Índice //

// Pág.
04

Introducción

// Pág.
05

Políticas de reducción
de la oferta

// Pág.
08

México en el
panorama internacional
de consumo de drogas

// Pág.
10

Consumo de
drogas en México

// Pág.
12

Consumo de drogas
en Ciudad Juárez en 2015

// Pág.
20

¿Cómo se atienden
los problemas de
adicciones?

// Pág.
21

Elementos para
desarrollar campañas
de prevención

// Pág.
25

Discusión

// Pág.
26

Bibliografía

// Introducción //

El consumo de drogas se considera uno de los principales problemas en la población mexicana. Para atenderlo, el gobierno mexicano históricamente se ha apegado a una agenda internacional de corte prohibicionista, ratificando los distintos convenios promovidos por Estados Unidos. Como resultado de esto, el principal enfoque ha sido la política de reducción de la oferta, la cual consiste en un fortalecimiento de los aparatos punitivos del Estado, tanto operativos como judiciales y legales. En México, esta es la política predominante, la cual se apoya en un aparato ideológico que busca la total erradicación y la abstinencia por parte de la población.

El siguiente documento es un esfuerzo para poner en perspectiva los distintos aspectos del consumo de drogas. Para lograrlo, se realizó un proceso de investigación documental, acudiendo a fuentes locales, nacionales e internacionales de distinta naturaleza y orden, esto con la finalidad de hacer un encuadre de la naturaleza del consumo de drogas a nivel internacional, hacer una comparación entre prevalencias, así como un análisis nacional de las tendencias en el consumo de drogas.

Por otra parte, el documento se alimenta de un proceso de investigación cualitativa, basado en la realización de entrevistas estructuradas con expertos, consultores, encargados de centros de tratamiento y funcionarios públicos, con ello, se desarrolló una perspectiva crítica informada sobre la naturaleza y tendencias del consumo, además de las implicaciones sociales del fenómeno.

La estructura del documento es la siguiente: en la primera parte se revisa la política de reducción de la oferta y sus implicaciones en el desarrollo de una perspectiva sobre el consumo de drogas; en la segunda, se hace una comparación a nivel internacional sobre la prevalencia del uso de drogas con países de Europa y de América; en la tercera, se analizan las prevalencias nivel nacional, con ello se identifican tendencias y surgen algunas recomendaciones; en la cuarta parte, se analiza el fenómeno a nivel local, con información desagregada; en la última parte, se ponderan los avances en política pública, y a partir de la información recolectada se desarrollan una serie de sugerencias para el análisis y tratamiento institucional del fenómeno.

Políticas de reducción de la oferta

Para la atención de los problemas derivados del consumo de drogas, los gobiernos tienen como opciones tres tipos de políticas: reducción de la oferta, reducción de la demanda, y la reducción de daños¹. México, en apego a las políticas prohibicionistas² promovidas por Estados Unidos, se ha enfocado hacia la política de reducción de la oferta. Históricamente, esta ha sido la política imperante en el gobierno mexicano. Es importante considerar que a partir de finales de 2006, se da una coyuntura política que redundo en el combate frontal a las organizaciones del crimen organizado, con efectos negativos para la sociedad.

La historia detrás de estas políticas, parte de una agenda global promovida por Estados Unidos. En América Latina, el antecedente que se debe considerar es el Plan Colombia, una iniciativa implementada a partir del año 2000, que consistió en una estrategia para combatir las drogas y contribuir a la paz, principalmente a través de medios militares. El gobierno estadounidense otorgó grandes cantidades de financiamiento en el año 2000 bajo la administración de Bill Clinton. Desde el comienzo del Plan Colombia, los Estados Unidos han otorgado 5 mil millones de dólares, principalmente dirigidos a los cuerpos policiacos y militares de Colombia (Amnistía Internacional, 2000). Estos montos son considerablemente altos en relación con lo otorgado para los rubros en asistencia económica y social.

Después de diez años y ocho mil millones de dólares de ayuda, la política estadounidense fallo en reducir la disponibilidad y el uso de cocaína en Estados Unidos, y las violaciones a derechos humanos en Colombia son profundamente problemáticas.

En México se implementa la Iniciativa Mérida, la cual se diseña como una colaboración entre Estados Unidos y México para combatir a las organizaciones del crimen organizado y la violencia asociada a sus actividades, con un enfoque de respeto a los derechos humanos y el imperio de la ley (US Department of State, 2009). El plan fue definido como una “nueva iniciativa de cooperación en seguridad” atacando al tráfico de drogas y al crimen organizado. Esta iniciativa colocó alrededor de 1,500 millones de dólares entre los años 2008 y 2010, implicó un incremento de 10 veces en cuanto a apoyos respecto a los niveles de 2007. El financiamiento se extendió más allá de su fecha de finalización, dotando de 310 millones en 2011 y 290 millones en 2012 (Witness for Peace, 2011). Los fondos del Plan Mérida se asignaron principalmente a equipamiento militar y de aviación para la milicia y la policía.

Sin embargo, el consumo generalizado de drogas en Estados Unidos vuelve al tráfico de sustancias una actividad muy lucrativa. Actualmente 53.3 millones de personas viven en situación de pobreza (Coneval, 2015). Para quienes se les presentan tres opciones de sobrevivencia: la migración, la incorporación a actividades de la economía informal, y en menor medida en actividades relacionadas con el crimen. (Witness for Peace, 2011).

1 La política de reducción de oferta consiste, entre otras cosas, en la instrumentación de mecanismos orientados a facilitar las políticas públicas para la represión, prevención y sanción de las distintas figuras delictivas internacionales vinculadas a la producción y el tráfico de drogas (CEPAL, 2003). La política de reducción de demandas se enfoca a evitar/prevenir el inicio y uso indebido de sustancias psicoactivas en cualquier momento del ciclo vital. Además de promover acciones de mitigación y superación para que quienes ya iniciaron el consumo no lo vuelva problemático o dependiente (Ministerio de Protección Social, 2007). La política de reducción de daños se refiere a políticas, programas y prácticas que tratan de reducir los daños asociados con el uso de drogas sin el requerimiento necesario de terminación de uso (Harm Reduction International, 2011).

2 Entre otras, la Convención Internacional sobre el Opio de La Haya (1912); Convención Única sobre estupefacientes (1961); Convención sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971; y Convención contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas de 1988.

Por otra parte en Estados Unidos, no se diseñaron leyes domesticas complementarias para reducir la demanda en Estados Unidos (Witness for Peace, 2011).

El Plan Mérida complementa la política de combate al narcotráfico implementada a finales de 2006 por el entonces presidente Felipe Calderón, que consistió en la movilización del ejército hacia las zonas del país donde había presencia de organizaciones del crimen organizado. La primer acción en este sentido fue el inicio del Plan Conjunto Michoacán, donde se movilizaron a más de 5000 soldados, marinos y policías a esta entidad federativa para librar una batalla contra la delincuencia organizada³ (Morales, 2011).

En este sentido, los planes promovidos por Estados Unidos en América Latina deben ser comprendidos en el marco de las políticas de reducción de la oferta. El enfocarse solamente en este aspecto del fenómeno produce resultados parciales, y en muchas ocasiones con efectos indirectos negativos para la población. Esta ampliamente documentada la violación a derechos humanos como parte de la militarización, la afectación de las garantías individuales, y la generación de marcos violatorios para la ciudadanía en México, además de la crisis de inseguridad y violencia que se desato en el país a partir de estas políticas.

La persecución a las organizaciones criminales ha ocasionado una plasticidad y dispersión de las estructuras criminales, la diversificación financiera⁴, y una espiral de violencia. Los eventos de ejecuciones con uso de armas cortas y largas se han trasladado a la parte más baja de la estructura del tráfico de drogas: los distribuidores y comerciantes de estupefacientes, con un efecto de contagio y de derrama al interior de las comunidades y los vecindarios donde se desarrollan estas actividades. Son evidentes los procesos de descomposición social derivados de esta lógica, alrededor de 120,000 personas muertas (Proceso, 2013). Lo que además afecta a la red social inmediata, que se ve afectada por la perdida, desaparición o muerte de algún familiar o persona cercana.

Por su naturaleza ilícita, la producción y el tráfico de drogas dinamizan la violencia y el crimen, pues proveen recursos a las organizaciones criminales, profundizan la impunidad y la corrupción, distorsionan la economía a través del lavado de activos y generan impactos específicos para el desarrollo humano. Además este negocio incentiva el reclutamiento de jóvenes provenientes de zonas marginadas y con escasa inserción laboral, que están dispuestos a sumarse a las organizaciones con la expectativa de percibir mayores ingresos (PNUD, 2015).

El énfasis en las políticas para la reducción de la oferta afecta a otros sectores de manera indirecta, ya que la cantidad de muertes, la inseguridad y la violencia tienen repercusiones directas sobre el Producto Interno Bruto (PIB), lo que redundo en reducciones al presupuesto en otros sectores como el salud, educación, investigación, entre otros (Enciso, 2016). En términos económicos, los grandes beneficiados de estas políticas es la industria de seguridad a través de sus distintas modalidades de servicio: venta de armas, servicios privados de seguridad, blindaje de autos, servicios de inteligencia, etc., la cual provee de servicios y productos tanto al gobierno como al crimen organizado, bajo una lógica de máxima rentabilidad.

3 La implementación del combate al crimen organizado descansa sobre varias razones: 1) el consumo, donde México dejo de ser un país de tránsito a uno de consumo; 2) la violencia, se argumentó que la violencia relacionada con el narcotráfico había aumentado y con ello la inseguridad; la suplantación, es decir, que grupos del crimen organizado ya controlaban territorios en el país, además de la infiltración a la administración pública, entre otras (Morales, 2011).

4 Tales como la extorsión (cobro de derecho de piso), robo, secuestro, trata de personas, tráfico de migrantes (Enciso, 2016).

Entonces, bajo esta lógica, la crítica que surge es precisamente centrar toda la capacidad del gobierno en términos de recursos en la política de reducción de la oferta, la cual no ha surtido efecto, ya que los niveles de consumo y prevalencia permanecen constantes y aumentan de manera proporcional al crecimiento poblacional (ENA, 2011). La política de reducción de la oferta, debe verse complementada con políticas para la reducción de la demanda y de reducción de daños. Para lograr esto, se deben diseñar políticas públicas con una perspectiva de salud pública y no solamente policiaca, que actúen sobre los consumidores, y evitar que el consumo ocasional derive en dependencia, desarrollar programas de prevención primaria y secundaria, y profesionalizar los servicios de tratamiento existentes.

El consumo de drogas, es la parte final de todo un proceso económico, el cual solo es atacado en la distribución y el consumo, y las consecuencias (además de las señaladas anteriormente) en términos de representaciones sociales de los consumidores son la estigmatización y la exclusión social, lo que agudiza procesos de fragmentación y ruptura del tejido social. Por otra parte, se demoniza a las drogas, se les presenta como el diablo, y por consiguiente, quien consume sustancias es un desviado social, criminal y adicto que no tiene remedio, los juicios del asunto se dan en términos morales en lugar de verse como un asunto de salud pública (Tavera, 2016).

La persistencia de la representación social negativa induce a sostener posiciones que buscan la total erradicación de las drogas y su consumo, principalmente a través del combate directo con los aparatos policíacos, en lugar de pensar en procesos de regulación que implicarían un cambio de paradigma en la lógica institucional que atiende directa o indirectamente el asunto (Tavera, 2016).

México en el panorama internacional de consumo de drogas

A nivel internacional, México no es uno de los países donde las prevalencias de consumo sean de las más elevadas. Los patrones de consumo se ubican en el promedio o debajo de éste. Las principales fuentes de información a nivel internacional son la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD), y también el Reporte Anual de la Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (ONUDD).

A continuación se presentan algunos resultados del Informe Mundial de la ONUDD 2011 y de la CICAD. El reporte de ONUDD se encuentra dividido en regiones y México se sitúa en la región América del Norte, junto con Estados Unidos y Canadá.

El reporte indica que esta región sigue siendo el mayor mercado mundial de drogas, a pesar de una disminución económica en comparación con décadas anteriores. El modelo es de un consumo diversificado (policonsumo) en el que no surge un solo tipo de droga dominante. La marihuana, los opiáceos y la cocaína son igualmente representados y constituyen partes similares en la demanda total de atención por consumo de drogas (ENA, 2011). En esta región el uso de opiáceos es un problema fuerte, y el consumo de anfetaminas y éxtasis está casi a la par. Cerca del 37% de los consumidores de cocaína se encuentran en esta región. Es importante señalar que aunque se presentan las cifras a nivel regional, el principal consumo se ubica en Estados Unidos (UNODC, 2011).

Al analizar los datos de consumo anual relativos a países de la Comunidad Europea y de otros países de América, éstos indican que México se encuentra entre los países de menor consumo. A continuación se presenta una comparación de las prevalencias de consumo con base en el reporte de ONUDD 2011.

En el caso de la marihuana, República Checa tiene la mayor prevalencia (15.2%) y México (1%) sólo está por encima de Moldova (0.9%) formando parte de los países con menores prevalencias.

El mayor consumo de cocaína lo tiene Escocia (3.9%); México (0.4%) sólo está por arriba de Lituania (0.2%).

En cuanto al consumo de anfetaminas, México mantiene el penúltimo lugar con un consumo del 0.2%, similar al de Portugal, mientras que República Checa tiene el mayor consumo con una prevalencia anual de 1.7%.

Finalmente, en el consumo de éxtasis, República Checa tiene también el mayor consumo (3.6%) y México estaría en el último lugar con una prevalencia menor al 0.1%.

Con relación a los países de América, el contexto es similar, México se mantiene en un consumo promedio o por debajo del promedio de la mayoría de los países del continente.

En cuanto a la **mariguana**, *Estados Unidos* tiene el mayor consumo anual (13.7%) y en *México* este es de 1%, únicamente mayor que *Ecuador* (0.7%) y *República Dominicana* (0.3%).

En **cocaína**, el mayor consumo lo tiene *Argentina* (2.6%) y en *México* el consumo es de 0.4%, situándolo en el lugar 11 de los 15 países analizados.

En cuanto a las **anfetaminas**, *México* ocupa el último lugar (0.2%) donde el mayor consumo se presenta en *El Salvador* (3.3%) y en *Estados Unidos* (1.4%).

Finalmente, *México* ocupa el último lugar en cuanto al consumo de **éxtasis** (0.1%) donde la mayor prevalencia se da en *Estados Unidos* (1.4%).

A partir de estos datos, se puede suponer que México es un país donde la demanda de drogas es baja. Pero se deben señalar un par de consideraciones: la primera es la capacidad de los sistemas de información nacionales respecto al consumo de drogas; la segunda, si bien las prevalencias de drogas ilegales son bajas, a nivel nacional hay altos niveles de prevalencia del alcohol y el tabaco, los datos muestran que el consumo, dependencia y los problemas asociados al consumo de estas sustancias afectan a una parte importante de la población mexicana (ENA, 2011). Además, los procesos derivados del combate a las drogas, como la violencia, el secuestro, la extorsión y la sensación de inseguridad en general provocan mayores estragos en la sociedad que el consumo de drogas en sí (Enciso, 2016)

Consumo de drogas en México

De acuerdo a las últimas investigaciones⁵ a nivel nacional, se encontró que las prevalencias en el consumo de los diferentes tipos de drogas han aumentado, las edades de inicio son cada vez menores y que la diferencia en el consumo por género tiende a disminuir. Es importante señalar que cada vez más mujeres adolescentes se ven involucradas en el consumo (en relación con los hombres) y se han perfilado como el grupo de mayor vulnerabilidad en cuanto a la exposición y el consumo de las mismas (Tavera, 2016).

En México, el principal problema de consumo de drogas está relacionado con el alcohol y el tabaco, es decir, las drogas legales. La Encuesta Nacional de Adicciones 2008 (ENA) señala que el patrón de consumo típico en la población es beber en grandes cantidades por ocasión o consumo explosivo. Casi 27 millones de mexicanos entre 12 y 65 años beben de esta manera, es decir, consumen con poca frecuencia, pero cuando lo hacen ingieren grandes cantidades. Esta dimensión del consumo lo sitúa como el principal problema de abuso de sustancias psicoactivas en el país, además de que es la primer causa de muerte prevenible en jóvenes, debido a los accidentes automovilísticos bajo sus efectos (Secretaría de Salud, 2012).

El tabaco es la segunda droga de mayores daños económicos y sociales en México (después del alcohol) y su consumo precoz es considerado como factor de riesgo para el consumo de otras drogas (Tavera, 2016).

Casi 27 millones de mexicanos entre 12 y 65 años de edad han probado alguna vez en su vida el cigarro. De este rango, 48.8% son hombres y 23.4% son mujeres, y el promedio de consumo por primera vez en adolescentes fue de 17 años (ENA, 2008). Esta situación resulta preocupante si consideramos que el inicio precoz en el consumo de alcohol y tabaco eleva hasta 13 veces la probabilidad de consumir otras drogas, esto según estimaciones de la Comisión Nacional contra las Adicciones.

En cuanto al consumo al menos una vez en la vida de drogas ilegales, éste pasó de 3 millones en 2002 a 4.5 millones de personas en 2008, esto implica que la prevalencia aumentó 50% en un periodo de 6 años. Por otra parte, el índice de crecimiento es mayor en las mujeres entre las cuales el consumo de drogas ilegales casi se duplicó, aumentando del 1% en 2002 a 1.9% en 2008, mientras que el consumo en hombres solamente se incrementó de 8 a 8.8% (ENA, 2008).

A partir de lo anterior se pueden deducir dos hechos:

- Las nuevas generaciones tienen un mayor nivel de exposición al consumo que las anteriores.
- El consumo de al menos una vez en la vida también ha aumentado en forma significativa.

⁵ Encuesta Nacional de Adicciones 2008; Encuesta Nacional de Adicciones 2011; Sistema de Reporte de Información en Drogas (SRID); Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Adicciones (SISVEA); entre otras.

⁶ Se han denominado drogas "ilegales" al grupo de sustancias psicoactivas diferentes al alcohol, tabaco y de prescripción médica, como es la marihuana, cocaína, heroína y metanfetaminas, entre otras. El término ilegal es relativo y señala una contradicción de nuestras leyes. Por un lado, son drogas reguladas y existe una tabla de dosis permitidas por la ley y, por el otro, son drogas ilegales en cuanto a su venta y distribución, lo cual es considerado un delito.

En cuanto a sustancias ilegales⁶, la marihuana y la cocaína son las de mayor consumo y predilección entre la población. El consumo de la primera aumento de 3.5 a 4.2%; el aumento de la segunda fue mayor: pasó de 1.2% en 2002 a 2.4% en 2008, es decir, en ambas mediciones se duplicó el uso (ENA, 2008).

La edad de inicio es típicamente temprana: la mitad de los usuarios de marihuana (55.7%) se inicia antes de la mayoría de edad. En tanto, la cocaína es más tardía: sólo 36.4% la había usado por primera vez antes de los 18 años. En total, 89.7% de los usuarios de drogas lo habría hecho antes de cumplir los 26 años (ENA, 2008). En este sentido, el grupo en que deben de concentrarse los esfuerzos preventivos es en el de los 18 a los 25 años.

⁶ Se han denominado drogas "ilegales" al grupo de sustancias psicoactivas diferentes al alcohol, tabaco y de prescripción médica, como es la marihuana, cocaína, heroína y metanfetaminas, entre otras. El término ilegal es relativo y señala una contradicción de nuestras leyes. Por un lado, son drogas reguladas y existe una tabla de dosis permitas por la ley y, por el otro, son drogas ilegales en cuanto a su venta y distribución, lo cual es considerado un delito.

Consumo de drogas en Ciudad Juárez en 2015

Los datos de la presente sección fueron facilitados por el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA) para el año 2015 y de los meses de enero a junio de 2016, a nivel desagregado para Ciudad Juárez. Con ello, mostramos las tendencias actuales en drogas de inicio e impacto, los rangos de edad de los consumidores, los consumos por primera vez e ingreso a centros de tratamiento y la mortalidad asociada al consumo de sustancias. Cabe mencionar, que en cuanto a las drogas de inicio, los rangos de edad y el consumo de primera vez son similares a las tendencias nacionales.

Antes de entrar en materia, con base en información facilitada por la Secretaría de Seguridad Pública Municipal (SSPM), Fiscalía General del Estado y Policía Federal se presentan las cifras de incautaciones de drogas de enero del 2015 a junio del 2016:

DECOMISOS DE DROGA

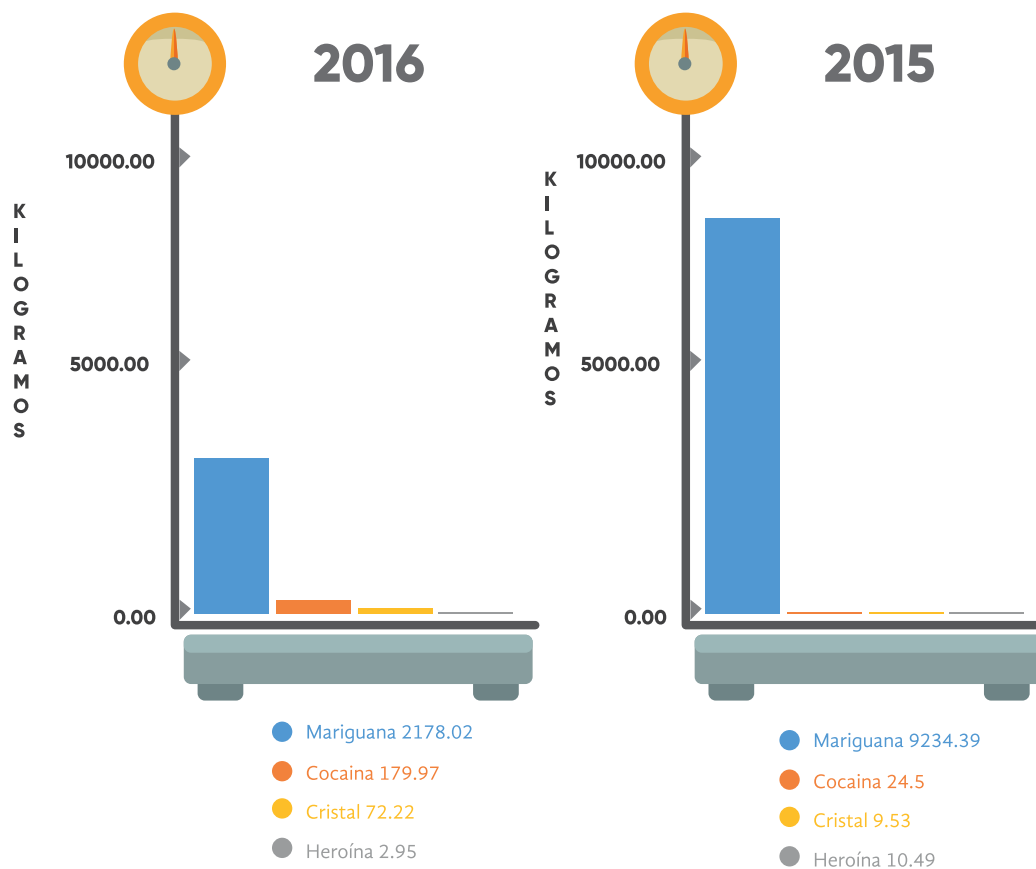


Gráfico 1: Elaboración propia a partir de información de la SSPM, Fiscalía General del Estado y Policía Federal.

Se puede apreciar que la mayor incautación de sustancias la representa la marihuana, seguido de la cocaína. Si comparamos, de enero a diciembre del 2015 frente enero a junio del 2016, se muestra un decremento en las incautaciones de marihuana (-76%) y un incremento del cristal (+657%), lo que probablemente refiera a modificaciones en el trasiego de drogas con destino al mercado de los Estados Unidos.

Visto de otro modo, al no tener certeza del destino de las incautaciones, es probable que hasta pasado un número importante de años estas se vean reflejadas en el SISVEA, en particular el cristal, en caso de ser drogas para el mercado local de Juárez.

Actualmente, dichas incautaciones no reflejan ni muestran una relación con las prevalencias del uso de sustancias que muestra el SISVEA y que se presentan a continuación.

En relación a las drogas de inicio, tenemos los siguientes hallazgos:

DROGA DE INICIO

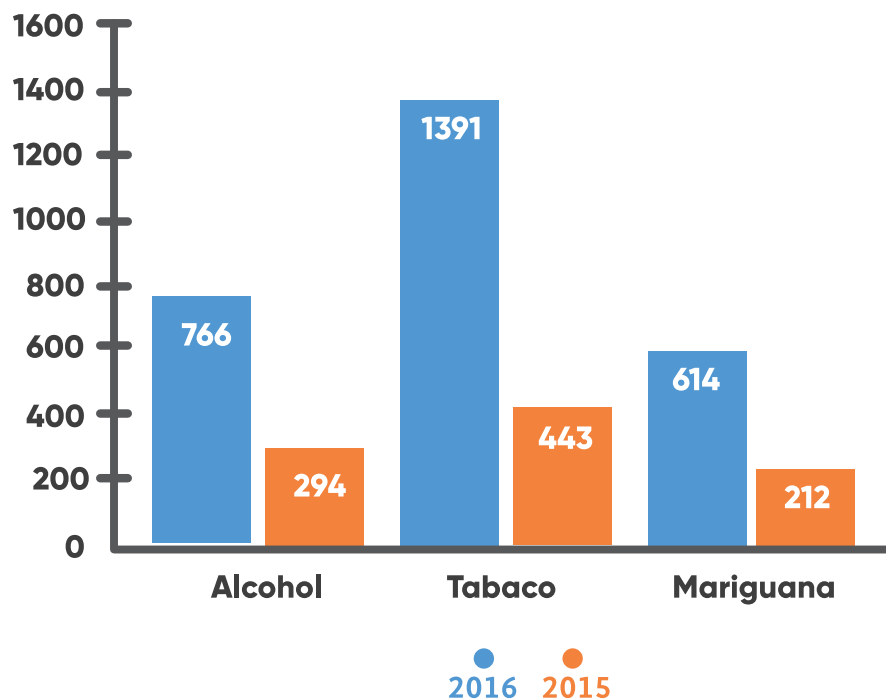


Gráfico 2. Elaboración propia a partir de datos de SISVEA

En concordancia con los datos a nivel nacional, las principales drogas de inicio son el tabaco (44.4%), alcohol (24.5%) y la marihuana (19.6%), las cuales suman el 88.5% de las drogas de inicio para el año 2015.

Para el año 2016, el comportamiento es similar para las drogas de inicio, tabaco (41.5%), alcohol (27.6%) y la marihuana (19.9%), siendo el 89% respecto al total de drogas de inicio.

Para las drogas de impacto, se tienen las siguientes cifras:

DROGA DE IMPACTO

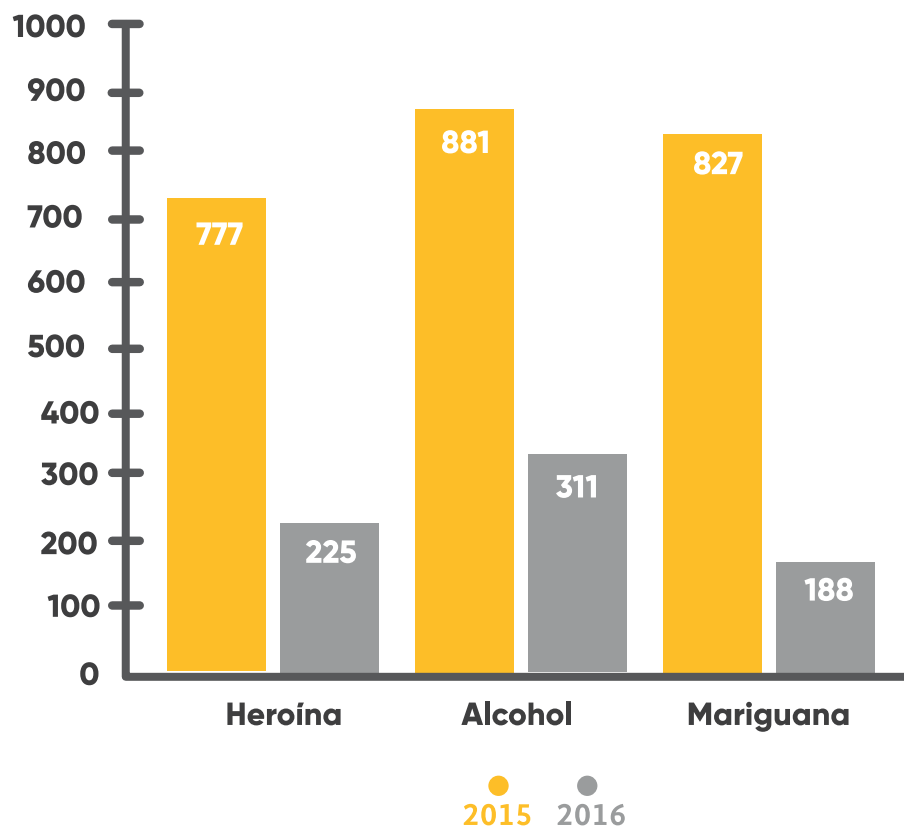


Grafico 3. Elaboración propia a partir de datos del SISVEA

De acuerdo a los datos, es importante señalar la especificidad en la zona fronteriza de la heroína como droga de impacto. Con base en esto, en 2015 el alcohol es la principal droga de impacto con 28.1%, seguido de la heroína (26.4%), y la marihuana (24.8%), sumando un total de 79.1% de las drogas de impacto.

Para el año 2016, la tendencia es básicamente la misma, el alcohol es la droga de mayor impacto con 29.1%, seguido de la marihuana (21.1%), y la heroína con 17.6%. Estas tres sustancias abarcan el 67.8% de las drogas de impacto en la localidad.

La presencia de la heroína como droga de impacto en Ciudad Juárez obedece a la lógica de la demanda de esta sustancia en Estados Unidos, dado que México es el principal productor de opio en América Latina (ONUDD, 2013), la misma situación acontece en la ciudad de Tijuana, donde la heroína es una de las drogas de impacto debido a la demanda de esta sustancia en el estado de California en Estados Unidos.

En relación al consumo por primera vez y la edad de ingreso en el año 2015, tenemos los siguientes datos:

CONSUMO POR PRIMERA VEZ Y EDAD DE INGRESO 2015

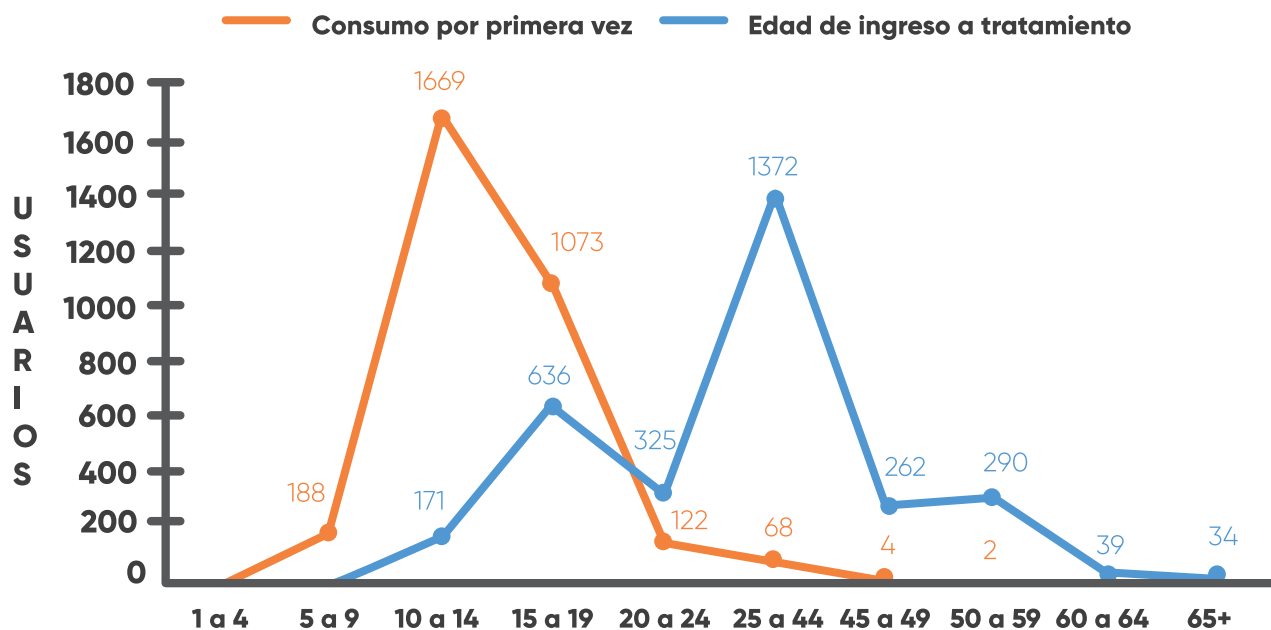


Gráfico 4. Elaboración propia a partir de datos del SISVEA

De acuerdo a los datos de la gráfica, encontramos que el grupo que abarca de los 10 a 14 años de edad es el que tiene mayor porcentaje de consumo por primera vez con 53.3%, mientras que el grupo de 15 a 19 años tiene el 34.3%. Es importante destacar, que en este periodo de vida el consumo precoz de drogas legales o ilegales implica en sí mismo un factor de riesgo, ya que incrementa 13 veces la posibilidad de consumir otras drogas.

Por otra parte, la edad de ingreso a tratamiento por problemas de salud o consumo problemático se concentra en el grupo de edad de 25 a 44 años con 43.8%, y el segundo grupo que con mayor ingreso a tratamiento es del de 15 a 19 años con 20.3%.

De lo anterior podemos deducir dos cosas:

•Hay un periodo aproximado de 10 años entre el primer consumo y la solicitud de ingreso a tratamiento. Para que se presente la segunda situación, debe haber un consumo problemático y/o problemas de salud. Esto implica un periodo de consumo continuo o constante, donde se pueden presentar procesos de exclusión social y estigmatización de los consumidores.

•Por ello, es importante enfocar las acciones de prevención primaria y secundaria al grupo de edad de 10 a 19 años, además de fortalecer los factores de protección a nivel comunitario y en las instituciones donde participa este grupo de población.

Para mortalidad bajo influencia de drogas, el SISVEA toma datos del Servicio Médico Forense (SEMEFO), y a través de un análisis toxicológico, se determina la presencia de drogas en el cuerpo de las personas fallecidas.

MUERTES BAJO INFLUENCIA DE DROGAS

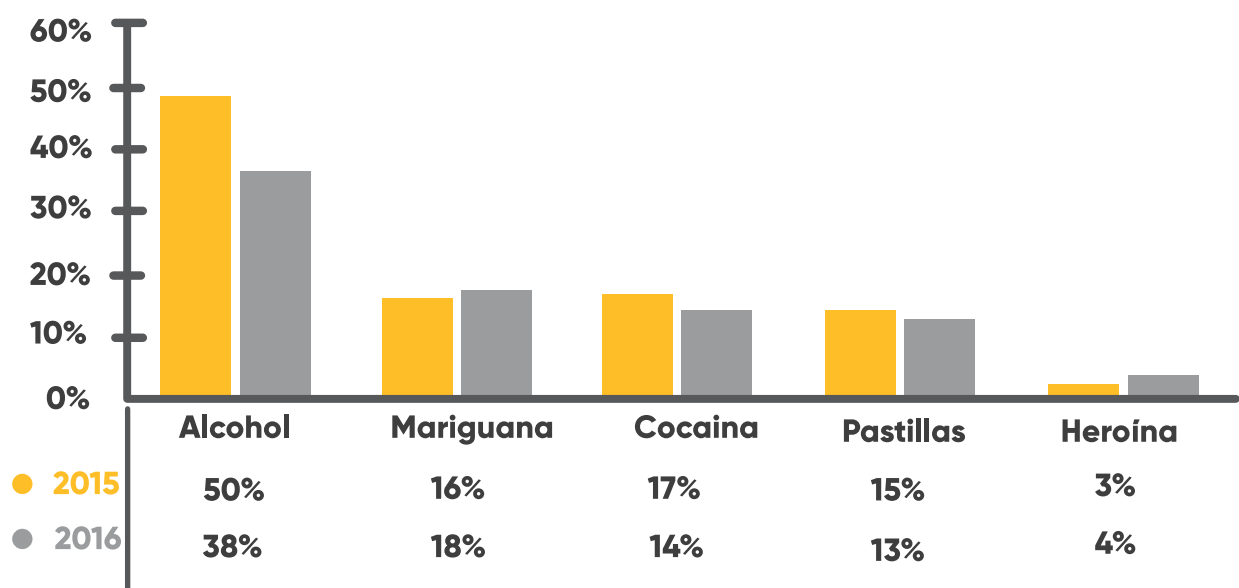


Gráfico 5. Elaboración propia a partir de información del SISVEA.

En el año 2015, el SEMEFO reportó 1102 muertes, de las cuales el 26% fueron bajo influencia de alguna droga (372), es decir, la cuarta parte de las muertes ocurridas durante ese año estuvieron relacionadas con el consumo de sustancias. De las muertes bajo influencia de drogas, el alcohol ocupa el mayor porcentaje con 50%, mientras que la cocaína y la marihuana representan 17% y 16% respectivamente. Las pastillas, las cuales no sabemos qué tipos de pastillas son, por lo que se asume que son ansiolíticos y barbitúricos, presentan un 15%, y por último la heroína con un 3%.

Para el periodo enero-junio de 2016, se reportaron un total de 303 decesos, de los cuales 85 (28%) ocurrieron bajo influencia de alguna droga. De acuerdo a la tendencia, el alcohol presenta un 38%, seguido de la marihuana, cocaína y pastillas con 18%, 14% y 13% respectivamente, por último, la heroína con un 4%.

MUERTE BAJO INFLUENCIA DE DROGA POR GRUPOS DE EDAD 2015

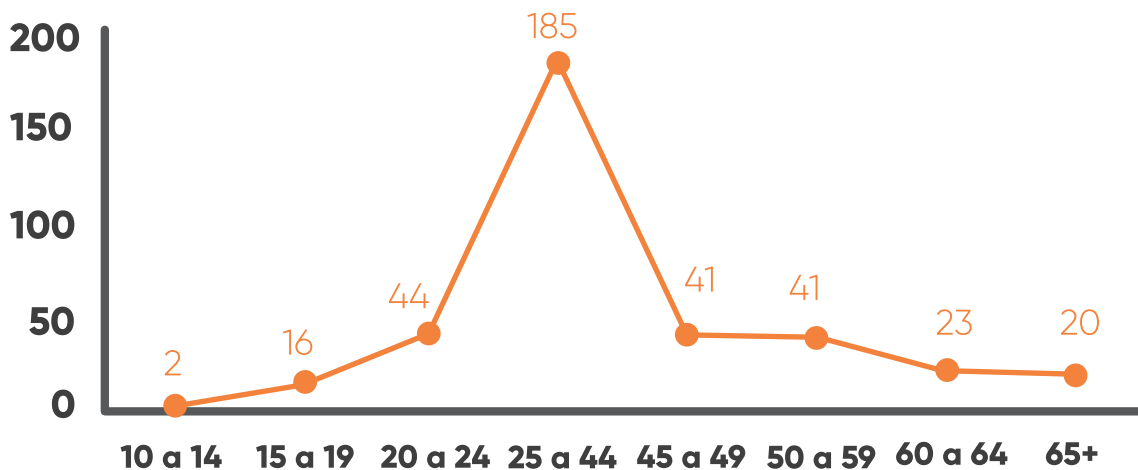


Gráfico 6. Elaboración propia a partir de datos del SISVEA

El grupo de edad que presenta mayor número de muertos es el de 25 a 44 años, con un porcentaje de 49.7% de las muertes bajo influencia de alguna droga. Los otros grupos tienen un comportamiento similar en cuanto a los decesos bajo la influencia de sustancias, es decir, que al momento de realizar un examen toxicológico en los cadáveres se detectan sustancias psicoactivas.

La mayor proporción de mortalidad del grupo de 25 a 44 indica que esta población está en plena edad productiva y con cierta capacidad de consumo. El indicador refleja entre otras cosas, que el consumo de alcohol se ha constituido como la principal oferta de recreación, si se realiza este consumo sin tomar las precauciones necesarias, puede derivar en problemas de salud, o aumentar el número de muertes por causa prevenible como los accidentes automovilísticos.

TIPOS DE MUERTE BAJO INFLUENCIA DE DROGA 2015

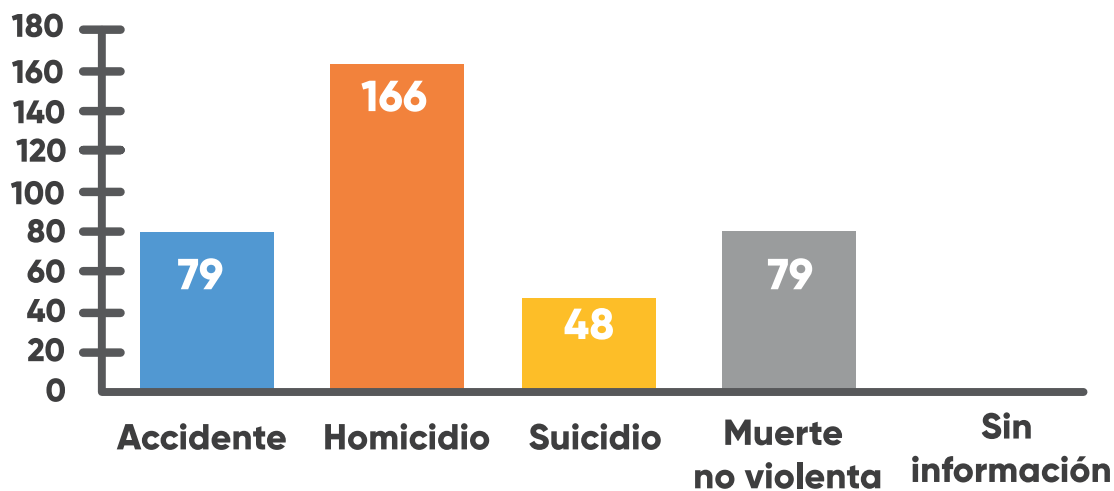


Gráfico 7. Elaboración propia a partir de datos del SISVEA.

En cuanto al tipo de muerte bajo influencia de droga, el homicidio es la causa de muerte más frecuente con 45% del total, mientras que el accidente y la muerte no violenta tienen un 21% respectivamente. Si se toma en cuenta que la mayor mortalidad es a causa del alcohol, la relación entre homicidios y consumo de drogas se refleja en actos de riñas, peleas y enfrentamientos entre personas que estaban consumiendo bebidas alcohólicas.

De lo anterior se puede señalar que el alcohol ha escalado como la droga de inicio y la droga de impacto más importante en los últimos años. Es importante que se cuestione el comportamiento epidemiológico de este ascenso del alcohol. Se pueden subrayar algunas hipótesis al respecto:

- *Una de ellas tiene que ver con la oferta de recreación ofrecida a los ciudadanos, la cual históricamente ha consistido en el consumo de alcohol en las zonas de bares de la ciudad o en el propio hogar. La subida del alcohol como droga de inicio-impacto está asociada con la escalada de violencia, la peligrosidad de ciertas áreas de la ciudad y la modificación en los patrones de distribución de sustancias psicoactivas ilegales, además del alza de los precios de éstas.*
- *La reducción del umbral de tolerancia a la frustración, donde el consumo de alcohol luce ideal para mitigar el alto nivel de exigencia de las demandas sociales y económicas hacia los sujetos y las familias. Esto, en un entorno de alta conflictividad social, percepción de inseguridad elevada y escasas opciones de recreación para los distintos sectores socioeconómicos de la ciudad.*

¿Cómo se atienden los problemas de adicciones?

En Chihuahua, se localizan 79 establecimientos de atención residencial, de los cuales la mayor parte es un servicio proporcionado por Organizaciones de la Sociedad Civil (OSCs). De las cuales 25% cumplen con la normatividad establecida; 70% de los consejeros tienen como nivel máximo de estudios la secundaria y carecen de capacitación; el 60% tienen menos de tres años de haber concluido su proceso de rehabilitación.

La modalidad de atención que se implementa en estos centros es el modelo de comunidad de autoayuda, con un fuerte componente empírico en los consejeros, que personaliza la modalidad de atención en función de la experiencia propia de rehabilitación.

En Ciudad Juárez se encuentran 36 de estos centros, los cuales cumplen con las características mencionadas.

Dado que estas modalidades son las que predominan en la atención a problemas de adicciones, es necesario considerar los siguientes aspectos:

- *Estandarización de modelos de atención con base en evidencia científica y el cumplimiento de la normatividad.*
- *Capacitación y formación de consejeros terapéuticos.*
- *Implementar mecanismos de certificación adecuados a los establecimientos de tratamiento.*
- *Desarrollar mecanismos de financiamiento a los centros que prestan servicios de tratamiento a problemas de adicciones.*

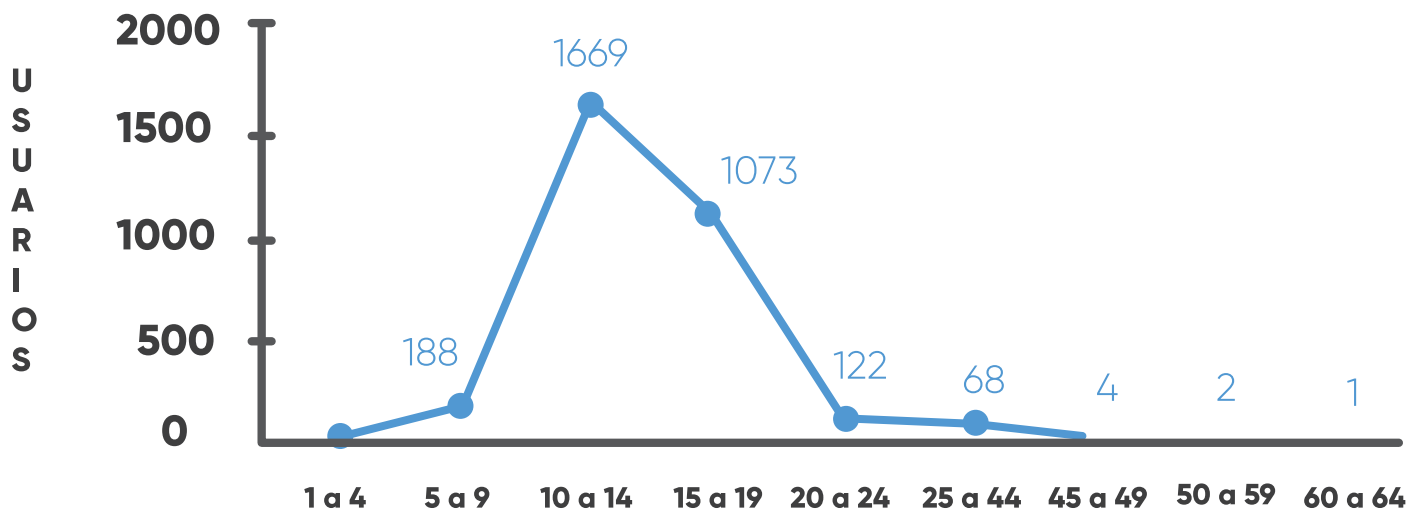
Se debe tomar en cuenta que el 85% de los usuarios en situación de abuso/dependencia están al margen del sistema de salud. Esto es un reto para la administración pública, tanto en el corto como en el largo plazo. En el corto plazo, la demanda de servicios especializados de salud pública para atender los problemas relacionados con el uso de sustancias crece de manera exponencial, implicando un gasto para el sector salud. En el largo plazo, la necesidad de desarrollar esquemas alternativos de atención, como la prevención primaria, secundaria, prevención de base comunitaria y reducción de daños.

Elementos para desarrollar campañas de prevención

Una de las maneras de promover procesos de sensibilización y concientización respecto al uso de sustancias psicoactivas es a través de campañas, haciendo uso de los medios de comunicación, donde a través de mensajes, códigos y símbolos se advierte a la población sobre los riesgos de hacer uso de ciertas drogas, sobre todo en momentos cuando se detectan picos epidemiológicos, es decir, con la aparición de nuevas sustancias o el repunte de alguna ya identificada presenta un consumo que se sale del promedio de la prevalencia.

De acuerdo con la información analizada, la campaña debe enfocarse en la prevención, postergación, mitigación, incluso consumo responsable del alcohol y el tabaco, dado que estas sustancias presentan las más altas prevalencias como drogas de inicio (su consumo precoz incrementa 13 veces la posibilidad de consumir otras sustancias), y el alcohol en específico como droga de impacto, y la que está asociada a la mayor tasa de mortalidad bajo influencia de sustancias psicoactivas.

CONSUMO POR PRIMERA VEZ 2015



Gráfica 8. Elaboración propia a partir de datos del SISVEA.

De acuerdo a la gráfica, las campañas mediáticas, además de las acciones de prevención primaria y secundaria, deben enfocarse en el grupo de edad que abarca de los 10 a los 19 años de edad, ya que son es el grupo que tiene mayores proporciones de consumo por primera vez. La experimentación temprana con sustancias psicoactivas implica mayores riesgos en el desarrollo cognitivo, emocional y psicosocial dado que el proceso de maduración se define a estas edades.

Se sugiere que las modalidades de prevención sean diversificadas para complementar las campañas mediáticas, desarrollando acciones de prevención primaria, secundaria en los ámbitos institucionales donde participe esta población, además del desarrollo de esquemas de prevención y tratamiento de base comunitaria para evitar la estigmatización y exclusión social. La conjunción de estas múltiples acciones incrementa el potencial preventivo, la postergación del consumo experimental y de abuso/dependencia fomenta el uso responsable de las sustancias psicoactivas, además que permite la participación de los sujetos en distintos roles (estudiante, trabajador, vecino, pareja), posicionando al uso de sustancias como una actividad de corte recreativo, y con ello se evitan patrones de consumo problemático y situaciones de dependencia.

En términos de políticas públicas, tenemos avances y retos:

Avances en políticas públicas

• *La generación de un directorio de centros de tratamiento, ya que no al no tener registro, no había regulación de sus actividades, ya que había abusos, violación de derechos humanos, incluso muertes. Esto debido a la filosofía manejada por los encargados de los centros de tratamiento, quienes en su mayoría son ex consumidores, con niveles de escolaridad bajos, sin capacitación, y con muchas dificultades para financiar las actividades de los centros. A partir de las acciones de regulación se ha logrado que al menos en parte de estos centros se capaciten y certifiquen.*

• *Otro de los avances fue la incorporación de la perspectiva de reducción de daños de manera transversal en la Norma Mexicana 0288 . Hay una oposición férrea a esta perspectiva, ya que rompe con el paradigma de la abstinencia total y de un mundo libre de drogas. Países como Alemania, Holanda, Argentina, Uruguay, entre otros, incorporan el enfoque de la reducción de daños como política de estado.*

• *La aprobación del uso de marihuana medicinal en algunos estados de Estados Unidos afecta indirectamente la discusión sobre la regulación de la marihuana en México, recientemente se abrió el debate sobre la legalización de la marihuana a través de foros, discusiones entre expertos, etc. Es importante mencionar el caso de Grace, donde los padres de esta niña a través de un amparo de la Suprema Corte obtuvieron la autorización para importar un fármaco a base de cannabidiol (CBC) para el tratamiento de epilepsia.*

8 Esta Norma Oficial Mexicana tiene por objeto establecer los procedimientos y criterios para la prevención, tratamiento y control de las adicciones. Esta Norma Oficial Mexicana es de observancia obligatoria en todo el territorio nacional para los prestadores de servicios de salud del Sistema Nacional de Salud y en los establecimientos de los sectores público, social y privado que realicen actividades preventivas, de tratamiento y de control de las adicciones (Secretaría de Salud, 1999).

• También se puede señalar la despenalización del consumo y portación de sustancias, de acuerdo a cantidades establecidas:

- >> Opio: 2 gr.
- >> Heroína: 50 mg.
- >> Marihuana: 5 gr.
- >> Cocaína: 500 mg.
- >> LSD: 0.015 mg.
- >> MDA: 40 mg.
- >> MDMA: 40 mg.
- >> Metanfetamina: 40 mg.

Es importante señalar que aunque se señala que consumir drogas no es un delito, pero si los usuarios son sorprendidos en posesión de sustancias, son sujetos de detención, con distintos niveles de agravantes, sobre todo si se rebasan los gramajes permitidos.

Retos en política pública

• El principal reto en esta materia, es el cambio de paradigma, avanzar de una política de reducción de la oferta hacia una de reducción de daños, dado que las drogas están ahí, pueden causar daños, entonces hay que ver como disminuir los efectos negativos asociados a este consumo. Ese es el gran reto, ya que implica cambios jurídicos, cambios en la asignación y ejercicio del presupuesto, además de cambios en la representación social en la opinión pública.

•Cambiar la cantidad de gramos que se pueden portar, desvincular la posesión de las dosis permitidas con actividades criminales.

•Autorización del uso medicinal de cannabinoides y opioides.

•Crear un multisector para el análisis, desarrollo de planes y programas en términos de políticas y acciones para el tema del consumo de drogas. No solo la sociedad civil y el sector público, sino también el sector académico, privado, empresarial y la ciudadanía en general para crear opciones multisectoriales a los problemas asociados al consumo de drogas.

•Dicha articulación de sectores, debe incidir en el enriquecimiento de las competencias institucionales para las diferentes modalidades de prevención, tratamiento e investigación en materia de adicciones.

•En términos institucionales, debe impulsarse la creación de un sistema de información que nos permite dimensionar el fenómeno de las adicciones en su complejidad (Observatorio Estatal de las Adicciones).

•Generación de indicadores claros de los distintos aspectos vinculados al consumo de sustancias.

•Diseño de políticas públicas con base en evidencia, sustentadas en sistemas de información.

- *Rendición de cuentas de los distintos niveles de gobierno en relación a las acciones, proyectos y programas para evaluar el buen o el mal desempeño de las políticas implementadas en materia de adicciones.*
- *Identificar las buenas prácticas y los buenos programas.*
- *Fortalecer líneas de conocimiento en materia de consumo de drogas así como las capacidades institucionales de los centros que atienden las adicciones.*

Discusión

Las políticas de reducción de la oferta, implementadas en México en los años recientes, han atendido de manera parcial el consumo de drogas. Se han enfocado en el combate de las organizaciones criminales dedicadas a la producción, el tráfico y la distribución de sustancias psicoactivas. En este sentido, la política ha sido parcialmente efectiva, ya que se han realizado decomisos y detenciones importantes hacia las organizaciones criminales. El recurso de la fuerza pública para atender el problema atiende a la provisión de equipamiento para la milicia y los cuerpos policiacos, y deja de lado los efectos que el consumo de drogas tiene dentro de la sociedad, por lo que las acciones de prevención, reducción de la demanda y reducción de los daños se minimizan.

México presenta una situación paradójica respecto al mercado de drogas. Por una parte, las prevalencias del consumo están ubicadas en el promedio o por debajo de éste en relación a otros países de la región; por otra parte, México es un puerto para el tráfico de drogas principalmente hacia Estados Unidos. Es necesario subrayar que este país es el principal productor de opio en América Latina, dicha producción responde a la demanda de opiáceos en Estados Unidos, principalmente la heroína. También es necesario señalar que México es uno de los principales productores de metanfetaminas, tan solo en 2011 se incautaron en el país 31 toneladas de esta sustancia, lo que representó el 25% de la producción mundial en ese año, además de que superó a Estados Unidos como productor (UNODC, 2013).

La posición geoestratégica de México en el tráfico de drogas lo vuelve altamente vulnerable ante situaciones de violencia derivadas de las recomposiciones de las estructuras del crimen organizado. El incremento de la inseguridad, el miedo y los crímenes de alto impacto han generado un clima de temor entre la población. Si bien hay una persecución a los grandes traficantes, la desarticulación de células u organizaciones no se refleja en el bienestar de la población.

Ahora, la atención diversificada de los problemas derivados del consumo de drogas es un imperativo. La cultura del narcotráfico, y ahora, la cultura de la violencia son procesos que han permeado a todas las capas de la sociedad, y que están presentes como mecanismos de socialización entre los distintos grupos poblacionales. No es gratuito atestiguar crímenes de extrema violencia fuera de los círculos del crimen organizado, como la muerte entre niños, las distintas manifestaciones de la violencia escolar, la violencia intrafamiliar, el feminicidio, la resolución violenta de conflictos, entre otras. Esto es evidencia de una asimilación y uso de la violencia como recurso cotidiano y como forma de convivencia. Las psicopatías, la fragmentación y ruptura del tejido social, y el incremento del miedo y la vulnerabilidad son reflejo de la desatención, la escasa cultura de prevención, y la exacerbación de figuras y estilos de vida antagónicos a la autoridad.

Por último, se deben fortalecer los factores de protección, principalmente las relaciones familiares, los grupos de pares y la convivencia escolar. La idea no es buscar la abstinencia y la sobriedad total, sino la concientización del potencial adictivo de las drogas legales e ilegales, las cuales en sí mismas no son dañinas, lo dañino es desarrollar consumos problemáticos como el abuso y la dependencia. En este sentido, el trabajo no solamente debe descansar en el sector público, sino en una articulación de los distintos sectores.

// Bibliografía //

A

Amnistía Internacional. (2000). La postura de Amnistía Internacional respecto al Plan Colombia. Colombia.

Artigas, C. (2003). La reducción de la oferta de drogas. Introducción a algunos instrumentos internacionales. CEPAL. Santiago de Chile.

C

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. (2014). Pobreza en México. México D.F.

Comisión Nacional contra las Adicciones. (2008). Encuesta Nacional de Adicciones 2008. Secretaria de Salud. México D.F.

Comisión Nacional contra las Adicciones. (2011). Encuesta Nacional de las Adicciones 2011. Secretaria de Salud. México D.F.

E

Enciso, F. (2016). Los reclamos de justicia de las víctimas como política de Estado: el daño social de las regulaciones sobre las drogas en México. Senado de la República. México D.F.

H

Harm Reduction International. (2011). Derechos humanos y Políticas de drogas: reducción de daños. Open Society Foundation.

M

Morales, C. (2011). La guerra contra el narcotráfico en México. Debilidad del Estado, orden local y fracaso de una estrategia. Aposta Revista de Ciencias Sociales. No 50, Agosto 2011. Universidad Complutense de Madrid.

Ministerio de la Protección Social (2007). Política Nacional para la reducción del consumo de sustancias psicoactivas y su impacto. Gobierno de Colombia. Colombia.

O

Morales, C. (2011). La guerra contra el narcotráfico en México. Debilidad del Estado, orden local y fracaso de una estrategia. Aposta Revista de Ciencias Sociales. No 50, Agosto 2011. Universidad Complutense de Madrid.

Ministerio de la Protección Social (2007). Política Nacional para la reducción del consumo de sustancias psicoactivas y su impacto. Gobierno de Colombia. Colombia.

P

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. (2014). Seguridad ciudadana con rostro humano: diagnósticos y propuestas para América Latina. Informe Regional de Desarrollo Humano 2013-2014. Naciones Unidas.

A stylized white letter 'S' on a grey trapezoidal background with a 3D effect.

Secretaria de Salud (1999). Norma Oficial Mexicana 028. México D.F.

Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Adicciones. (2016). Informe SISVEA 2016. Comisión Estatal de Atención a las Adicciones. Chihuahua, Chihuahua.

A stylized white letter 'T' on a grey trapezoidal background with a 3D effect.

STavera, S. (2016). La comunidad terapéutica: guía para el consejero terapéutico en adicciones. Fundación Gonzalo Río Arronte. México.

TLCAN Hoy, 2012. http://www.tlcanhoy.org/agreement/default_es.asp

A stylized white letter 'U' on a grey trapezoidal background with a 3D effect.

US Department of State .(2009). Merida Initiative. US Government. <http://www.state.gov/j/inl/merida/>

A stylized white letter 'W' on a grey trapezoidal background with a 3D effect.

Witness for peace (s/f). The Merida Initiative / Plan Mexico.



**Observatorio
Ciudadano**

Prevención
Seguridad
Justicia
Juárez

Consumo de drogas en Juárez:

Documento de trabajo para la Mesa de Seguridad y Justicia de Ciudad Juárez.

Víctor Daniel Jurado Flores

Observatorio Ciudadano de Prevención, Seguridad y Justicia de Juárez

Octubre. 2016