

**PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO
2007-2012**

**Prevención y Tratamiento de las
Adicciones**



SECRETARÍA DE SALUD

**SUBSECRETARÍA DE PREVENCIÓN Y
PROMOCIÓN DE LA SALUD**

PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO 2007-2012
Prevención y tratamiento de las adicciones

Primera edición 2008

D.R.© Secretaría de Salud
Lleja 7, Col. Juárez
06696 México, D.F.

ISBN: 978-607-460-038-4

Impreso y hecho en México
Printed and made in Mexico

Directorio

Secretaría de Salud

Dr. José Ángel Córdova Villalobos
Secretario de Salud

Dr. Mauricio Hernández Ávila
Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud

Dra. Maki Esther Ortiz Domínguez
Subsecretaria de Innovación y Calidad

Lic. Laura Martínez Ampudia
Subsecretaria de Administración y Finanzas

Dr. Julio Sotelo Morales
Titular de la Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad

Lic. Bernardo E. Fernández del Castillo
Director General de Asuntos Jurídicos

Lic. Carlos Olmos Tomasini
Director General de Comunicación Social

Directorio del Consejo Nacional contra las Adicciones

Dr. Carlos José Rodríguez Ajenjo
Secretario Técnico

Lic. José Manuel Castrejón Vacio
Director Vinculación Sectorial

Lic. Ma. Eugenia Rubalcava Luna
Subdirectora de Coordinación Institucional

Dr. Armando Patrón Vargas
Director Técnico en Adicciones

Lic. Carmen Eslava Sánchez
Subdirectora de Fomento y Acreditación

Lic. Gabriela Eugenia Rodríguez Rodríguez
Subdirectora de Análisis y Proyectos

Lic. Simón Tavera Romero
Director de Sistemas Gerenciales

Lic. Laura Rosario Reyes Aparicio
Subdirectora de Operación

Lic. Patricia Ortiz García
Subdirector de Difusión

Lic. Jaime Espinosa Cotto
Subdirectora de Supervisión y Evaluación

Contenido

Mensaje del C. Secretario de Salud	7
Mensaje del C. Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud	11
Introducción	13
1. Marco institucional	17
1.1 Marco jurídico	17
1.2 Vinculación con el PND 2007-2012	18
1.3 Sustentación con base en el PROSESA 2007-2012	21
2. Diagnóstico de Salud	23
2.1 Problemática	23
2.2 Avances 2000-2006	29
2.3 Retos 2007-2012	29
3. Organización del Programa	33
3.1 Misión	33
3.2 Visión	33
3.3 Objetivo general, meta y objetivos específicos	34
3.4 Estrategias	35
3.5 Líneas de Acción	36
3.6 Metas anuales 2008-2012	36
3.7 Indicadores (proceso y resultado intermedio)	36
4. Estrategia de Implantación Operativa	41
4.1 Modelo Operativo	41
4.2 Estructura y niveles de responsabilidad	43
4.3 Etapas para la instrumentación	xx
4.4 Acciones de mejora de la gestión pública	45
5. Evaluación y Rendición de Cuentas	51
5.1 Sistema de monitoreo y seguimiento	51
5.2 Evaluación de resultados	56
6. Bibliografía	58
7. Glosario de Términos, Acrónimos y Sinónimos	60
8. Agradecimientos	68
Directorio de Consejos Estatales contra las Adicciones	69

Mensaje del C. Secretario de Salud

Por su dimensión global y sus graves efectos en el desarrollo de los países, el consumo de sustancias que causan adicción y sus consecuencias exigen de los gobiernos la aplicación de políticas públicas claras, consistentes y de largo plazo, que integren en una acción sinérgica todos los recursos disponibles de las instituciones y propicien una responsabilidad compartida, con la participación de los tres órdenes de gobierno, de la sociedad civil organizada y de las personas. Este fenómeno tan complejo es tema obligado de la agenda internacional y uno de los mayores retos de salud pública de nuestra generación, que altera y enrarece la coexistencia, la vida productiva y la paz social.

Una visión amplia del problema de las drogas, parte del hecho de que el abuso de las bebidas alcohólicas y el uso del tabaco que han estado arraigados en hábitos y costumbres ancestrales de los grupos humanos. En el caso de las drogas ilegales, tanto los países productores como los de tránsito se han ido convirtiendo también en consumidores, produciendo un daño cada vez mayor tanto a la salud, como a la armonía social y a la gobernabilidad. Ante tal panorama, se precisa revertir las tendencias observadas, por ejemplo, el aumento en el consumo de metanfetaminas y en el número de experimentadores de drogas como la mariguana y la cocaína. Ahora sabemos, por los hallazgos que documentan expertos, responsables sociales y comunicadores, que las adicciones al tabaco, al alcohol y a otras drogas constituyen un problema global de salud pública que impide alcanzar niveles mínimos de desarrollo humano como individuos e integrantes de una familia, de una comunidad y de una nación.

Sobre esta consideración se han fundamentado la actitud y el papel desempeñado por México en el plano de la cooperación con otros países, con organismos regionales estratégicos y con agencias internacionales. Consecuentes con nuestra res-

ponsabilidad ante la Organización de la Naciones Unidas, expresada en la Declaración de Principios Rectores para la Reducción de la Demanda de Drogas, la presente Administración Federal ha otorgado la máxima relevancia a los esfuerzos para prevenir y tratar los problemas asociados a la oferta y la demanda de sustancias adictivas, al aplicar una amplia estrategia integral, sostenida e incluyente a la que se ha denominado “Limpiemos México”, en la cual se expresa el más alto compromiso político del Gobierno Federal para combatir este problema con la participación activa y la coordinación estrecha entre las Secretarías de Salud, de Educación Pública, de Desarrollo Social y de Seguridad Pública, entre otras, y la Procuraduría General de la República, a fin de resguardar y mantener el respeto al estado de derecho y la seguridad pública.

En el sexenio de la prevención, y en el marco del Plan Nacional de Desarrollo y del Programa Sectorial de Salud, la Estrategia Nacional para la Prevención y el Tratamiento de las Adicciones anunciada en abril del 2007 por el Presidente de la República, Lic. Felipe Calderón Hinojosa, constituye una respuesta sin precedentes al desafío de combatir el consumo de tabaco, alcohol y drogas, ya que se ha otorgado el financiamiento necesario para construir, en zonas estratégicas, 310 Unidades Médicas de Alta Especialidad (UNEMES) denominadas Centros de Atención Primaria de las Adicciones (Centros “Nueva Vida”), a fin de subsanar los rezagos existentes tanto en el ámbito de la prevención, como del tratamiento de las adicciones en nuestro país. Cada “Centro Nueva Vida” podrá atender al año hasta 3,000 personas adictas y eso nunca antes había sucedido en la lucha contra las adicciones, dado que nuestro país ha carecido históricamente de infraestructura para atender estos problemas.

El Programa de Acción para la Prevención y el Tratamiento de las Adicciones, que se enmarca den-

tro de la Estrategia Nacional constituye un planteamiento actualizado, consensuado y alimentado por la vasta experiencia de quienes a través del tiempo han incursionado en México en el delicado tema de las adicciones, sus causas y efectos, su contexto y sus muchas posibilidades de solución. Asimismo, se reconocen los muchos logros y avances científicos que han aportado en esta lucha tanto las instituciones como los especialistas en el tema, aunque es necesario consolidar tales logros y dar continuidad a las mejores prácticas y a programas que, apoyados por el aprendizaje basado en la experiencia, han sido exitosos. Nada de lo útil se desaprovechó y se han incorporado los avances más recientes de la investigación, del conocimiento aplicado y las mejores prácticas; de la normatividad y de la dinámica de organizaciones civiles y grupos de ayuda mutua que cada vez más y de mejor manera se suman a las tareas de los profesionales.

Para aplicar las propuestas del Programa de Acción contamos con el Consejo Nacional contra las Adicciones, instancia en la que participan Secretarías de Estado, organismos descentralizados, instituciones de salud, cámaras empresariales y centrales sindicales cuyas acciones inciden en la atención del consumo de sustancias adictivas y sus consecuencias. En este órgano colegiado se establecerán los Grupos de Trabajo necesarios para alcanzar los fines que definan sus integrantes. También se destaca el importante papel de los 32 Consejos Estatales contra las Adicciones, y las tareas enfocadas a tres grupos de sustancias adictivas (tabaco, alcohol y drogas ilegales y no prescritas) en cumplimiento también de directrices internacionales.

Se ratifica la importancia sustantiva de la atención primaria, como eje articulador de las acciones a desarrollar frente al consumo de drogas legales e ilegales. Estamos fincando las bases para contar con un acervo probado de modelos que reproduzcan experiencias exitosas a fin de que, sobre todo niños y jóvenes, aumenten su percepción de riesgo con respecto a las drogas y tomen mejores decisiones. Estamos actuando con acciones preventivas en muchos espacios de socialización de niños y jóvenes, fortaleciéndolos para que sepan cómo resistirse cuando les ofrezcan

drogas. Vamos a revertir situaciones indeseadas y a recuperar los lugares donde se construye comunidad. Hay consenso en que además de la familia, la escuela constituye institución más apropiada para impulsar la prevención mediante la educación y la formación de actitudes y valores, así como la promoción de habilidades para la vida. Por ello las acciones preventivas deben dirigirse con preeminencia a niños, jóvenes y personas en situación de riesgo, considerando aspectos culturales y de idiosincrasia, con respeto a las formas de organización de grupos y comunidades, y modificando favorablemente trayectorias de consumo y de abuso de drogas.

La escuela constituye otro de los ámbitos prioritarios de la prevención, con el esfuerzo y la convicción de autoridades educativas y de educadores, de docentes, estudiantes, personal de apoyo y padres de familia. Para ello, la Secretaría de Educación Pública ha puesto en marcha el Programa “Escuela Segura”, además de contar con lineamientos para la prevención de adicciones en la escuela mexicana, lo que promoverá las tareas preventivas hacia cada uno de los integrantes de la comunidad escolar, con el apoyo de instituciones externas que pueden sumarse por medio de acciones complementarias, respetando una perspectiva de género, multicultural y dentro del marco del respeto a los derechos humanos. Las universidades e institutos de educación superior serán convocados y estimulados igualmente para que incrementen sus labores en pro de una cultura libre de drogas y a favor de la salud.

Nadie sobra en la prevención ni está imposibilitado para intervenir en ella. Por ello también se incidirá con vigor y conocimiento de causa, en espacios laborales, con la participación de empleadores y empleados, de órganos empresariales y sindicales, además de las comisiones mixtas, con el apoyo de especialistas e instituciones especializadas. Estas alianzas nos permitirán identificar sectores de población y factores de riesgo, para emprender acciones de prevención universal en el caso de grandes conglomerados; de prevención selectiva si se trata grupos en riesgo ya identificados, así como de prevención indicada cuando ya se registran consumos de sustancias en determinada comunidad.

Es de esperarse que así se propicie una mayor efectividad en la aplicación de las políticas relacionadas con la prevención, el tratamiento, la rehabilitación, la reinserción social, la investigación, la normatividad y la participación social en torno al consumo de drogas, sus riesgos y consecuencias. Por ello, en cada campo se medirán los avances y el impacto que se vayan alcanzando. La mejor forma de corresponder a este esfuerzo será participar en la ejecución de las líneas y acciones que aquí se proponen. La aplicación exitosa de este Programa no será el logro de una administración, de una institución o de un sector de población: el país entero ganará y todos los mexicanos seremos merecedores del triunfo.

Dr. José Ángel Córdova Villalobos

Mensaje del C. Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud

Uno de los signos distintivos que reconocemos en la transición demográfica y epidemiológica del nuevo milenio, es el de las adicciones al tabaco, las bebidas alcohólicas y las drogas, así como sus consecuencias y riesgos asociados. Se trata de un grave problema de salud pública que ocupa ya un lugar relevante dentro de la agenda de las políticas públicas de la presente Administración Federal, que ahora están destinadas a favorecer en las personas la decisión de no iniciar el hábito de fumar o de dejar de hacerlo; de prevenir y reducir los daños asociados al alcohol, y rechazar el uso de drogas ilegales o médicas no prescritas, para reducir y mitigar así los severos daños que ocasionan y el desgaste observado en los ámbitos familiar, laboral, educativo, cultural y social.

Bajo la premisa de que la Salud sin Drogas, es una Tarea de Todos, el Gobierno Mexicano ha otorgado la mayor prioridad al problema de las drogas, tanto a los aspectos del combate y control de la oferta, como a los de reducción de la demanda, y ha encomendado a la Secretaría de Salud y al Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC), la construcción y operación de 310 Unidades Médicas de Alta Especialidad (UNEMES) denominadas Centros de Atención Primaria de las Adicciones “Nueva Vida” (en adelante Centros “Nueva Vida”) articulados en una Red de Atención, con el fin de brindar una mayor cantidad de servicios eficientes para mejorar la prevención y el tratamiento de todo tipo de adicciones en todo el territorio nacional. En estas Unidades se promoverá la aplicación de la consejería en adicciones y otras intervenciones breves de tipo cognitivo conductual y de prevención secundaria, así como la atención médica oportuna con calidad

y calidez, la prevención de recaídas y la reinserción social, en función de la rehabilitación.

Sin duda, este constituye un esfuerzo sin precedente para responder a una de las principales necesidades de la población mexicana, referente al derecho a proteger su salud y su seguridad. Esta respuesta no se agotará en los pronunciamientos, sino que gracias a la operación de esta Red de Servicios, habrá de expresarse a lo largo del sexenio en la disminución del uso de drogas y del daño consecuente para la sociedad, las comunidades, las familias y los individuos. A través de la evaluación continua y permanente del desempeño de dichas Unidades, hablaremos un lenguaje de realidades, con la elocuencia de la palabra cumplida, de la acción responsable y conjunta en los tres órdenes de gobierno, por parte de especialistas e instituciones especializadas, de servidores públicos y de la ciudadanía en su conjunto.

La prevención y el tratamiento de las adicciones constituyen un gran reto que no sólo es de la competencia de los médicos y los demás profesionales y técnicos de la salud, sino también requiere de la participación de otras instituciones y organismos públicos y privados, para hacer frente al fenómeno en su conjunto, por lo que resulta indispensable plantear estrategias amplias, integradoras y ambiciosas, que den un lugar a cada institución y grupo responsable o interesado, para acometer tareas colegiadas que correspondan a las políticas nacionales que se refieren a consumo de drogas.

Para ello se ha conformado este Programa de Acción para la Prevención y el Tratamiento de las Adicciones, que aprovecha los logros y la experien-

cia de las administraciones anteriores agregando, durante la presente gestión, un impulso vigoroso para la ejecución de actividades específicas desde los siguientes ámbitos: 1) prevención, promoción y educación para la salud, 2) ampliación de infraestructura para el tratamiento, 3) formación de redes sociales para la reinserción social, 4) adecuación legislativa y de la normatividad, 5) vigilancia y cumplimiento de acciones normativas para el control de las adicciones, 6) vigilancia epidemiológica e investigación, 7) capacitación y evaluación operativa, 8) colaboración intersectorial y participación social, y 9) colaboración internacional, multilateral y binacional.

Este planteamiento considera el fortalecimiento y la acreditación de las organizaciones de la sociedad civil que ya atienden el problema, pues la sociedad organizada juega un papel protagónico en la definición de prioridades y alternativas de solución a los problemas asociados al consumo de drogas, alcohol y tabaco. Se busca dar un salto cualitativo en la atención de este problema, para transitar de la atención tardía hacia acciones organizadas de promoción de la salud, prevención, diagnóstico temprano y tratamiento oportuno que contenga a tiempo el problema. Así, es un imperativo del Gobierno, transferir a la sociedad civil organizada, a través del Consejo Nacional contra las Adicciones, nuevos conocimientos y capacidades, así como apoyarla con los recursos técnicos y financieros necesarios, a efecto de alcanzar respuestas efectivas, en colaboración plena con acciones gubernamentales afines, como es el Programa “Limpiemos México”.

El Programa de Acción es impensable sin la indispensable participación de las 32 entidades federativas y por ello, las acciones que se acuerden en este órgano colegiado partirán del ejercicio de un federalismo participativo y corresponsable. El Gobierno de la República y los gobiernos de cada una de las entidades federativas han desplegado en los años recientes, tareas permanentes para dar respuestas al problema, básicamente por intermedio de los Consejos Estatales contra las Adicciones, pero también con el apoyo de los Comités Municipales contra las Adicciones. En estos órganos colegiados

confluyen los esfuerzos de especialistas, líderes sociales, representantes de instituciones de los tres sectores, tal y como sucede a nivel central en el CONADIC. Por ello es determinante que tales Consejos y los responsables del Programa en las entidades federativas conozcan las directrices de esta importante estrategia del Gobierno Federal, para lograr las sinergias que desde los estados y municipios se requieren, a fin de consolidar la Red para la Prevención y el Tratamiento en Adicciones en el mediano plazo.

Es importante reconocer el papel de la investigación científica y la necesidad de consolidar el papel de nuestro país como formador de recursos humanos altamente especializados y generador de conocimientos originales basados en el desarrollo de proyectos de investigación básica, aplicada, epidemiológica y social en materia de adicciones. Asimismo, se requiere fortalecer y mantener los diversos sistemas nacionales y fuentes de información existentes en materia de tabaco, alcohol y drogas, así como cumplir con los convenios y recomendaciones internacionales suscritos por nuestro país.

En la aplicación del Programa de Acción para la Prevención y el Tratamiento de las Adicciones también habremos de hacer sinergia con el Senado de la República y la Cámara de Diputados Federal, así como a los cuerpos legislativos de cada estado, pues sus integrantes son sensibles al problema y juegan un papel determinante en la concreción de las estrategias y líneas de acción que en él se establecen.

Por todo lo expuesto, gobierno y sociedad celebramos la presentación del presente Programa de Acción, en la confianza de que los avances que podamos concretar en el ámbito de la reducción de la demanda de drogas, coadyuvarán de manera sustancial a sumar resultados con aquellos logros que otras instancias obtengan en el campo del control de la oferta de drogas, combatiendo los rezagos en favor de la población que más lo necesita.

Dr. Mauricio Hernández Ávila

Introducción



¿Qué hemos aprendido?

La transición demográfica, socioeconómica y cultural que se ha venido gestando en nuestro país desde los años cuarenta del Siglo XX, corresponde una transición epidemiológica sin referente en el caso del uso y abuso de drogas, sean éstas legales, como el alcohol y el tabaco, o ilegales como la marihuana, la cocaína, la heroína y las metanfetaminas, entre otras, o bien drogas médicas utilizadas sin prescripción. La adicción a estas sustancias se fue convirtiendo en un problema emergente de salud, pero no fue sino hasta 1997 que se les incluyó entre las prioridades de atención en la Secretaría del ramo, tanto por el daño directo que ocasionan en la salud individual, familiar y al tejido social, como por la carga económica que representan para su atención en los servicios de salud.

Desde finales de los años sesenta e inicios de los setenta de dicho siglo, surgieron instituciones y programas gubernamentales, así como algunos organismos privados que atendieron los problemas de adicciones. Fue relevante el surgimiento de los Centros de Integración Juvenil y del Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia, transformado luego en Centro Mexicano de Estudios en Salud Mental, y que después daría origen al Instituto Mexicano de Psiquiatría, convertido en el actual Instituto Nacional de Psiquiatría “Dr. Ramón de la Fuente Muñiz”.

Importante fue también el Programa de Atención de la Farmacodependencia (ADEFAR) de la Procuraduría General de la República (PGR), así como distintos esfuerzos de la Secretaría de Educación Pública para incidir en la prevención. En 1984, en el marco de la Ley General de Salud, por primera vez se reconoció este problema como un asunto de Salubridad General y dentro del Programa Nacional de Salud 1983-1988 se estructuró el primer Programa contra las Adicciones, dando lugar a la creación del Consejo Nacional contra las Adicciones en 1986. También de los años ochenta data el establecimiento de los Programas Nacionales para el Control de Drogas, coordinados por la PGR y que agrupan a diversas instituciones que trabajan en dos vertientes: 1) la prevención del uso indebido de drogas y el tratamiento a las personas afectadas, y 2) el combate al narcotráfico.

No obstante, el interés manifestado y los recursos asignados a las instituciones y programas preventivos y de tratamiento, éstos siempre fueron muy menores en comparación con el apoyo otorgado a las acciones vinculadas al control de la oferta (en una proporción estimada por la Organización de Estados Americanos de 1 a 16), por lo que el enorme costo sanitario y social ocasionado por el consumo de drogas de todo tipo y sus consecuencias, no se vio correspondido con una política social clara, consistente y permanente en materia de salud, pese a la infinidad de pronunciamientos y la abundancia de discursos sobre el tema.

A finales de la administración 1994-2000, el CONADIC fue dotado de mayor jerarquía al ubicar a su titular con la figura de Comisionado, con rango administrativo de Subsecretario. Sin embargo, a mediados de la administración 2000-2006 se redujo el nivel alcanzado en el organigrama de la Administración Pública Federal, para quedar nuevamente con una estructura similar a una Dirección General, lo que restringió su margen de acción.

A pesar de las limitaciones estructurales para consolidar los logros alcanzados, se logró dar continuidad a las tareas planteadas en los Programas Nacionales con el sentido reclamo de contar con un mayor apoyo presupuestal e invertir en acciones para mejorar la atención e las adicciones desde los ámbitos de la prevención, el tratamiento, la reinserción social, la investigación y la formación de recursos humanos, ya que se mantuvo la coordinación intersectorial, se fortaleció la relación bilateral, se actualizaron los programas contra el tabaquismo, el abuso en el consumo de alcohol y alcoholismo, y contra la farmacodependencia, con una participación siempre activa de las organizaciones de la sociedad civil, grupos de ayuda mutua, grupos sociales, empresariales y dependencias estatales y del gobierno federal.

El crecimiento de la inseguridad pública y la violencia asociadas al tráfico y consumo de drogas ilegales, ante el innegable avance del narcomenudeo, evidenciaron como nunca antes la necesidad de privilegiar la necesidad de contener la demanda, prevenir y ofrecer tratamiento a las adicciones en

todos los puntos del país, especialmente, en aquellos con mayores riesgos de acuerdo con los estudios sobre prevalencia de consumo en ciudades fronterizas y puntos turísticos y estratégicos para el proceso de comercialización de drogas ilegales.

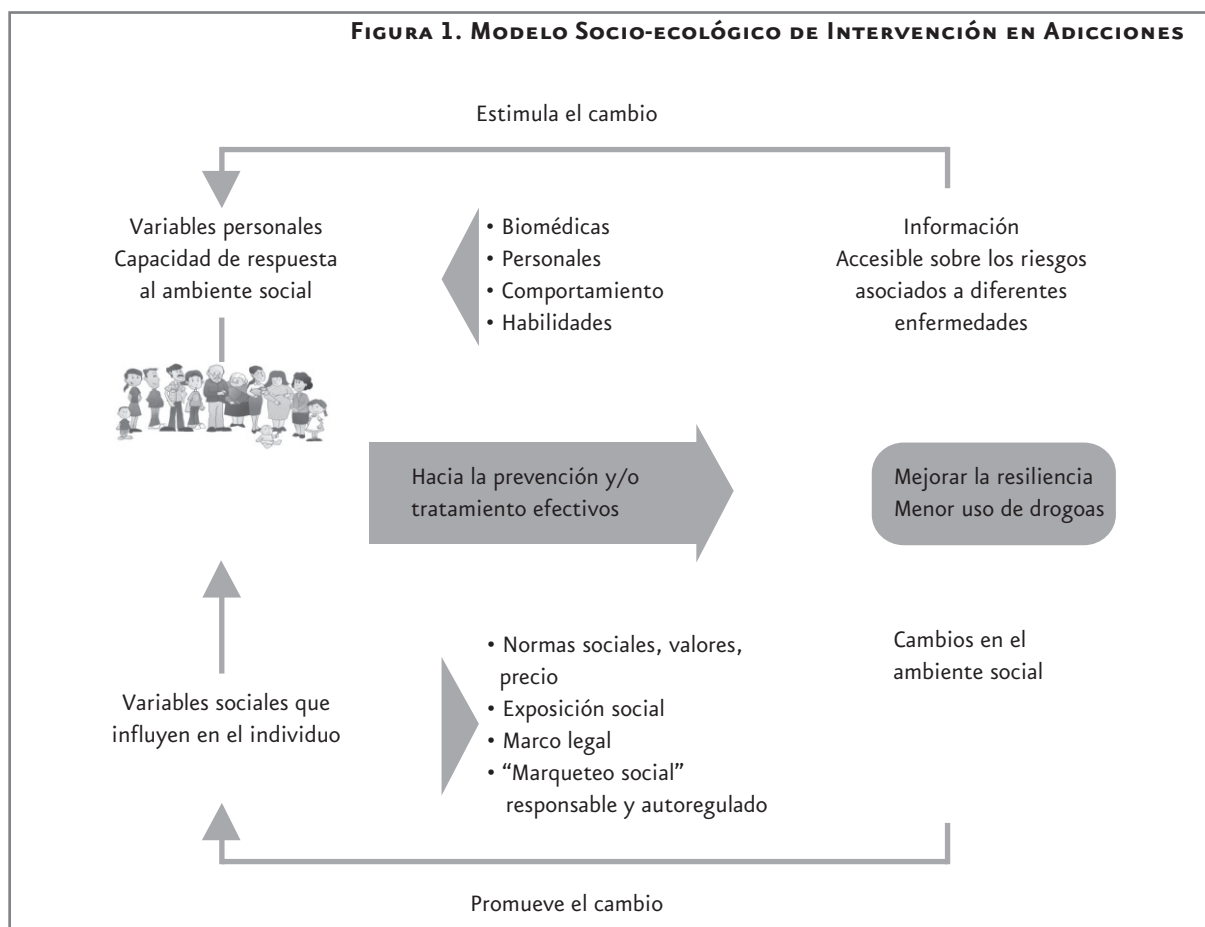
Desalentar el inicio en el consumo de tabaco y el abuso de bebidas alcohólicas por parte de grupos de personas cada vez más jóvenes, así como ampliar la disponibilidad de servicios para el tratamiento de la dependencia a estas sustancias, son acciones que forman parte de las posibilidades de las instituciones encargadas de operar los programas de prevención y promoción de la salud tanto a nivel federal, como estatal y municipal.

Para transitar de la aplicación de acciones de tratamiento tardío, cuando los daños a la salud muchas veces ya son irreversibles, al desarrollo de acciones organizadas de promoción de la salud, prevención, diagnóstico temprano y tratamiento oportuno, incorporando el abordaje de los determinantes de la salud vinculados con las adicciones a través de un modelo socio-ecológico, es necesaria la participación conjunta del individuo, la familia, la comunidad escolar y laboral, así como de los medios, los organismos de la sociedad civil, los sindicatos, el sector privado y los tres órdenes de gobierno (ver Fig. 1).

Es muy importante reconocer que en el contexto internacional, la prevención y promoción de la salud se ubican como parte sustancial de una estrategia global encaminada a reducir la demanda de drogas en todo el orbe, por lo que en nuestro país es preciso alcanzar un equilibrio en la realización de las acciones orientadas a la reducción de la demanda y los esfuerzos que actualmente se destinan para controlar la disponibilidad de sustancias adictivas (tipo “tolerancia cero”), particularmente en materia de narcotráfico, tal como lo estipulan los diversos acuerdos internacionales suscritos por nuestra nación.¹

¹ Convención Única sobre Estupefacientes de 1961, enmendada en el protocolo de 1972; Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971, la Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas de 1988, Declaración de Principios Rectores de la Reducción de la Demanda de Drogas, adoptada en junio de 1998 durante el vigésimo periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre Drogas y Convenio Marco para el Control del Tabaco, entre otros.

FIGURA 1. MODELO SOCIO-ECOLÓGICO DE INTERVENCIÓN EN ADICCIONES



La lucha contra el narcotráfico merece el reconocimiento de todos, pero también es necesario reducir el desequilibrio entre esas dos grandes estrategias. De igual manera, habrán de fortalecerse las acciones en materia de tabaco y alcohol, para dar cumplimiento cabal a las exigencias de la sociedad, con resultados concretos e inobjectables.

¿Qué avances hemos tenido?

La tendencia al incremento en el consumo de las diversas drogas fue generando una demanda creciente de servicios especializados para su atención, ante la cual hasta ahora nuestro país no había contado con una red articulada, eficiente y suficiente de servicios ambulatorios y residenciales. Se estima que actualmente existen unas 20,000 camas para brindar tratamiento residencial, pero de ellas, sólo en cerca de 4,000 se observa la aplicación de la NOM-028-SSA2-1999 para la Prevención, Tratamiento y

Control de las Adicciones. Por otra parte, a las 101 unidades operativas de Centros de Integración Juvenil (CIJ) se añaden algunas unidades especializadas del Sector Salud y numerosas clínicas privadas, hasta totalizar alrededor de 1,730 centros de atención. No obstante, muchas de estas clínicas operan heterogéneamente y de manera desarticulada y en no pocos casos, sin suficiente calidad profesional. Cabe destacar el importante papel y la numerosa cobertura de los cerca de 15 mil grupos de ayuda mutua de Alcohólicos Anónimos, los cuales cada vez más precisan de la ayuda de profesionales para brindar sus servicios a la población.

Por lo tanto, el mayor avance alcanzado en la materia, promovido por el Gobierno Federal a través de la Secretaría de Salud, es la consolidación de una Estrategia Nacional para la Prevención y el Tratamiento de las Adicciones, con la cual se están impulsando políticas claras para brindar una atención oportuna y

de alta calidad para todos los sectores de la población, a fin de privilegiar la prevención de las enfermedades y promover estilos de vida saludable, de acuerdo con el abordaje de los mayores determinantes de la salud. En ella se inscribe ahora la tarea sin precedente de poner en marcha una Red de 310 UNEMES Centros “Nueva Vida”, que deberán operar en puntos estratégicos del país, para ampliar sustancialmente la disponibilidad de servicios preventivos, de tratamiento y rehabilitación para asistir a las personas que más lo necesitan, procurando así mejorar las condiciones de salud, abatir el rezago que en materia de reducción de la demanda se venía arrastrando desde hacía ya muchas décadas (con las correspondientes consecuencias para la salud individual y colectiva), brindar servicios seguros y de calidad evitando un mayor empobrecimiento de la población por motivos de salud y garantizar con ello que la salud contribuya al combate a la pobreza y al desarrollo social del país.

¿Qué podemos lograr?

Al considerar los logros obtenidos en la prevención de las enfermedades infecciosas en el país bajo el esquema de acciones universales, selectivas y dirigidas de acuerdo con el nivel de riesgo en cada grupo de la población, la Estrategia Nacional reconoce que las enfermedades crónicas y las adicciones se han convertido en serias barreras para alcanzar el desarrollo. Por ello, el Programa de Acción para la Prevención y el Tratamiento de las Adicciones también se basa en la atención a grupos de riesgo y está enfocado para el abordaje de problemas de salud relacionados tanto con el consumo de drogas legales como ilegales, en el entendido de que la tolerancia al mal uso de las drogas legales es la puerta de entrada hacia el consumo de las drogas ilegales.

El éxito de la Estrategia Nacional depende también de alcanzar una acción sinérgica entre los diferentes sectores de gobierno y la sociedad. Salud sin drogas es tarea de todos se convierte en premisa fundamental para enfocar los esfuerzos hacia la

prevención de los daños a la salud ocasionados por el consumo y el abuso del tabaco, el alcohol y las drogas, así como para desarrollar nuevos proyectos orientados a promover estilos de vida saludable basados en evidencias científicas y en las mejores prácticas en materia de adicciones.

En este documento, luego de cuantificar la magnitud del problema del consumo de tabaco, alcohol y drogas en nuestro país, ubicándolo ya con patrones de consumo maduro y un importante sector de la población con alto riesgo de iniciarse en el consumo, se mencionan en orden de importancia los principales retos que se derivan de dicha problemática. Después se describe el marco jurídico que sustenta tanto los objetivos como las estrategias a seguir en el Plan de Acción.

Se definen 6 estrategias, a las que corresponden acciones específicas para incidir tanto en el ámbito de la prevención y la promoción de la salud, como para lograr la rehabilitación y la reinserción social a través del fortalecimiento y ampliación de la red de servicios, con la instalación de las 310 UNEMES-Centros “Nueva Vida” en todo el territorio nacional, sin dejar de proponer un gran impulso al desarrollo de proyectos de investigación en la materia y privilegiar la coordinación intersectorial.

También se detalla la estructura y los recursos necesarios para operar este Programa de Acción tanto por entidad federativa, como por tipo de intervención que se llevará a cabo en cada una, representando sus respectivos procesos críticos. Asimismo, se incluye una matriz de actores en la que se señalan los niveles de responsabilidad federal y estatal de todos los participantes en esta misión. Finalmente, se incluye un apartado sobre seguimiento y evaluación del programa en el tiempo, especificando una serie de indicadores para facilitar la medición y darle seguimiento tanto a los avances, como al impacto alcanzado con la instrumentación del presente Programa de Acción.

1. Marco institucional



1.1 Marco jurídico

México dispone de un amplio conjunto de leyes, reglamentos y normas que representan el marco jurídico de las acciones que sustentan el programa. Desde la Carta Magna, que consagra en el Art. 4º el derecho a la protección de la salud para todos los mexicanos, hasta la Ley General de Salud, el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 y el Programa Sectorial de Salud 2007-2012, en los cuales se han establecido las acciones preventivas y de tratamiento como prioridades para la presente administración pública federal. Las Normas Oficiales Mexicanas constituyen una parte fundamental del marco jurídico mexicano que regula principalmente la operación de los servicios de prevención y tratamiento de consumidores y sus familias, aunque también se refieren a la exigencia de calidad en los procesos de elaboración de los productos del tabaco y del alcohol.

Asimismo, el Reglamento Interior del Consejo Nacional Contra las Adicciones establece que su objeto es promover y apoyar las acciones de los sectores público, social y privado tendientes a la prevención y combate de los problemas de salud pública causados por el alcoholismo, tabaquismo y farmacodependencia, así como proponer y evaluar los programas relativos a esas materias. Actualmente, la legislación nacional en materia de adicciones está enfocada hacia:

- El fortalecimiento y consolidación de programas preventivos basados en las mejores prácticas, así como en la decidida ampliación de la oferta de servicios para el tratamiento del tabaquismo, el alcoholismo y la farmacodependencia, además de asegurar la asignación de recursos para tal efecto
- La disminución del uso inadecuado de medicamentos, y la reducción en el consumo de sustancias psicotrópicas y estupefacientes
- El fomento de la investigación y la formación de recursos humanos especializados, para garantizar el mejoramiento de políticas de rehabilitación y reinserción social

Asimismo, las disposiciones vigentes sobre la materia satisfacen los siguientes aspectos del problema:

- El derecho a la protección de la salud
- El control sanitario de la producción, manufactura y etiquetado en productos de tabaco y en bebidas alcohólicas
- La imposición de gravámenes especiales a la venta de tabaco y alcohol
- La obligatoriedad de incluir leyendas precautorias en los empaques de productos del tabaco y de bebidas alcohólicas
- El control de la oferta y la reducción de la demanda de drogas ilegales
- La clasificación, prescripción y venta de los medicamentos estupefacientes y de las sustancias psicotrópicas
- La prohibición del uso de tabaco, alcohol y drogas en edificios públicos, medios de transporte colectivo, en centros escolares, etc.
- La prohibición del uso de tabaco, alcohol y drogas en el ámbito laboral
- La regulación de la publicidad y venta de tabaco, bebidas alcohólicas y medicamentos de uso controlado, a través de los medios de comunicación
- La protección de los menores en relación con la disponibilidad de productos del tabaco y del alcohol, pero especialmente de drogas ilegales
- La protección específica de grupos de población ante la exposición de humo de tabaco ajeno
- La obligatoriedad de realizar campañas y acciones universales, selectivas y específicas de prevención, por medio de la educación para la salud y la promoción de estilos de vida saludable, con base en el entrenamiento en habilidades para la vida dirigido a grupos de población con distintos niveles de riesgo
- Las sanciones y multas para quienes infrinjan las leyes y normas en la materia

El 15 de septiembre de 2000 se publicó en el Diario Oficial de la Federación la Norma Oficial Mexicana NOM 028-SSA2-1999 para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones, cuyo

principal objetivo es establecer los procedimientos y criterios para la prevención, el tratamiento y el control de las adicciones. Esta Norma 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.

Existen a su vez diversas leyes y reglamentos estatales en casi la totalidad de las entidades federativas que complementan el marco jurídico federal, el cual requiere sin duda de la participación activa de las autoridades competentes en los tres órdenes de gobierno para vigilar y sancionar su estricto cumplimiento en beneficio de toda la población.

A nivel internacional, nuestro país ha suscrito importantes acuerdos, convenios y tratados para fortalecer la lucha contra las adicciones, colaborar con acciones para el control de la oferta y promover la aplicación y el intercambio de experiencias exitosas en materia de reducción de la demanda, enfocadas en modelos para la prevención y el tratamiento basados en evidencias.

Ordenamientos en materia de adicciones en el ámbito internacional	
• Plan de Acción para la Aplicación de la Declaración sobre los Principios Rectores sobre la Reducción de la Demanda de Drogas, ONUDD • Convención de las Naciones Unidas Contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas, 1988	• Protocolo de 1972 de Modificación de la Convención Única de 1961 sobre estupefacientes (1972) • Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, Organización Mundial de la Salud, 12 de mayo de 2003

1.2 Vinculación con el PND 2007-2012

Actualmente, el tema del abuso en el consumo de drogas y su prevención se encuentra en el centro de la atención nacional e internacional. Cada vez son más patentes los daños que el abuso y la dependencia de sustancias psicoactivas generan en

Legislación en materia de adicciones en el ámbito nacional

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Diario Oficial de la Federación 5 de febrero de 1917, última reforma 13 de noviembre de 2007.
- Código Penal Federal, Diario Oficial de la Federación, 14 de agosto de 1931, última reforma 28 de junio de 2007.
- Ley General de Salud, Diario Oficial de la Federación, 7 de febrero de 1984, última reforma 19 de junio de 2007.
- Ley Federal sobre Metrología y Normalización, Diario Oficial de la Federación, 1o. de julio de 1992, última reforma 28 de julio de 2006.
- Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, Diario Oficial de la Federación, 29 de diciembre de 1976, última reforma 1° de octubre de 2007.
- Ley del Impuesto Especial sobre Producción y Servicios, Diario Oficial de la Federación 30 de diciembre de 1980, última reforma 1° de octubre de 2007.
- Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, Diario Oficial de la Federación 19 de enero de 2004, última reforma 29 de noviembre de 2006.
- Reglamento de Insumos para la Salud, Diario Oficial de la Federación, México, 04 de febrero de 1998.
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, Diario Oficial de la Federación, México, 6 de enero de 1987.
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, Diario Oficial de la Federación, México, 14 de mayo de 1986.
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Publicidad, Diario Oficial de la Federación, México, 04 de mayo de 2000, última reforma 6 de abril de 2006.
- Reglamento de Control Sanitario de Productos y Servicios, Diario Oficial de la Federación 9 de agosto de 1999, última reforma 6 de abril de 2006.

- Reglamento sobre Consumo de Tabaco, Diario Oficial de la Federación, México, 27 de julio de 2000.
- NOM-001-SSA1-1993, Que instituye el procedimiento por el cual se revisará, actualizará y editará la Farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos, Diario Oficial de la Federación 17 de junio de 1994.
- NOM-009-SSA2-1993, Para el fomento de la salud del escolar, Diario Oficial de la Federación 3 de octubre de 1994.
- NOM-010-SSA2-1993, Para la prevención y control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana, Diario Oficial de la Federación 17 de enero de 1995, última modificación 21 de junio de 2000.
- NOM-013-SSA2-1994, Para la prevención y control de las enfermedades bucales, Diario Oficial de la Federación 6 de enero de 1995, última modificación 21 de enero de 1999.
- NOM-017-SSA2-194, Para la vigilancia epidemiológica, Diario Oficial de la Federación 21 de julio de 2003.
- NOM-025-SSA2-1994, Para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica, Diario Oficial de la Federación 16 de noviembre de 1995.
- NOM-028-SSA2-1999, Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones, Diario Oficial de la Federación 15 de septiembre de 2000.
- NOM-142-SSA1-1995, Bienes y Servicios. Bebidas Alcohólicas. Especificaciones Sanitarias. Etiquetado Sanitario y Comercial Diario Oficial de la Federación, 9 de julio de 1997, última modificación 22 de julio de 1998.
- NOM-168-SSA1-1998, Del expediente clínico Diario Oficial de la Federación 22 de agosto de 2003.
- Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012, Diario Oficial de la Federación 31 de mayo de 2007.
- Programa Nacional de Salud 2007-2012.

individuos, familias, comunidades y naciones. En todos los foros del orbe se insta a los gobiernos a fortalecer acciones dirigidas, no sólo al control de la oferta, sino también a la reducción de la demanda, en un marco de atención integral del fenómeno.

El uso, abuso y dependencia de las drogas, así como sus consecuencias son fenómenos crecientes en el mundo, exacerbados por el hecho de que tanto los países productores de drogas como los de tránsito se convierten en consumidores, agregándose a los países de gran consumo, con el consecuente crecimiento de los problemas de salud, gobernabilidad y fragilidad del Estado de Derecho, la convivencia y la paz social.

En nuestro país, el consumo de drogas constituye uno de los principales problemas de salud pública, y los estudios recientes refieren tendencias que apuntan hacia dos vertientes: por un lado, es observable la reducción en la edad de inicio en el consumo, lo que significa que jóvenes y niños empiezan a consumir sustancias adictivas a edades cada vez más tempranas. Por otro, se registra un aumento en la disponibilidad de drogas ilícitas entre la población estudiantil, derivado de las nuevas estrategias de comercialización por parte de la delincuencia organizada, en una figura conocida como “narcomenudeo”.

México está viviendo este proceso, y ante nuestro tradicional enfoque de lucha preeminente contra la oferta, se ha hecho imperativo reforzar también las acciones de prevención del consumo y promoción de estilos de vida saludable, con el fin de reducir la demanda de drogas y contener sus efectos en la población. Por todo ello, el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 (PND) de la presente Administración Federal ha planteado acciones en dos de sus principales Ejes de Acción:

Eje 1. Estado de Derecho y seguridad. El narcotráfico es una de las manifestaciones más lesivas de la delincuencia organizada, no sólo por los altos niveles de violencia que implica, sino también por la amenaza que representa a la salud física, emocional y moral de un importante número de mexicanos, niños, jóvenes y adultos quienes son inducidos al consumo de las drogas. El número de adictos a alguna droga o al alcohol en el país se ha incrementado dramáticamente en los últimos años, por lo que nadie duda del gran daño y deterioro social que genera no sólo el tráfico, sino también el consumo de drogas en México. En su Línea de Acción 1.11. Seguridad pública, este Eje propone tres estrategias principales:

ESTRATEGIA 16.1 Fortalecer la cultura de legalidad y el combate al narcotráfico y al narcomenudeo a través del fortalecimiento del tejido social.

ESTRATEGIA 16.2 Establecer mecanismos de coordinación con la sociedad civil para rescatar los espacios públicos y garantizar que sean espacios para los ciudadanos.

ESTRATEGIA 16.3 Reforzar la seguridad y la cultura de prevención en las escuelas, con la participación de maestros, padres de familia y la comunidad, a fin de lograr escuelas seguras sin la amenaza de las drogas, priorizando las escuelas ubicadas en las zonas de mayor índice delictivo.

Eje 3. Igualdad de Oportunidades. En su Línea de Acción 3.2 Salud, este otro Eje propone dos estrategias más:

ESTRATEGIA 6.3 Fortalecer las políticas de combate contra las adicciones causadas por el consumo de alcohol, tabaco y drogas. La tendencia en el incremento del consumo de drogas ha generado una demanda creciente de servicios especializados para la atención de problemas de adicciones; sin embargo, nuestro país aún carece de una red articulada, eficiente y suficiente de servicios ambulatorios y residenciales. Por eso es necesario desarrollar un sistema integral para el tratamiento de las adicciones mediante el establecimiento de una red de servicios especializados, que sumará los esfuerzos de los diferentes sistemas de atención incluyendo a las organizaciones de la sociedad civil, a los servicios de desintoxicación en hospitales generales o centros de salud de referencia y a las unidades que brinden tratamiento de complicaciones médicas en los servicios de salud. Asimismo, se deben impulsar programas de detección temprana, intervención y referencia a servicios especializados, así como a programas residenciales para los casos de dependencia severa, y a programas orientados a lograr y mantener la abstinencia con el apoyo familiar.

ESTRATEGIA 8.3 Promover la productividad laboral mediante entornos de trabajo saludables, la prevención y el control de enfermedades discapacitantes y el combate a las adicciones.

Adicionalmente, en su Línea de Acción 3.8 Cultura, arte, deporte y recreación, este mismo Eje propone:

ESTRATEGIA 23.1 Estimular la formación y consolidación de una cultura deportiva entre todos los grupos sociales y de edad, en todas las regiones del país. La importancia del ejercicio físico es reconocida universalmente como factor esencial en el cuidado de la salud, no sólo del cuerpo sino también de la mente en todos los grupos poblacionales, sin importar su edad. Por eso, se impulsará el desarrollo de una cultura deportiva dentro y fuera de las escuelas, en las ciudades y en el campo. El deporte es la mejor manera de alejar a los niños y jóvenes de los riesgos de las adicciones, pues representa una opción atractiva para el uso del tiempo libre. Por eso

se intensificará la construcción de infraestructura deportiva tanto en las comunidades rurales como en las urbanas. Será una de las líneas de trabajo del programa de acción comunitaria en la estrategia integral de combate a la pobreza.

1.3 Sustentación con base en el PROSESA 2007-2012

El tabaquismo, el consumo excesivo de alcohol, y el consumo de drogas ilegales y drogas médicas no prescritas son algunos de los estilos de vida poco saludables que, en conjunto con el desarrollo de otros riesgos del entorno, constituyen importantes riesgos a la salud que en los años recientes han modificado drásticamente el panorama epidemiológico de nuestro país. Es por ello que el Programa Sectorial de Salud 2007-2012 (PROSESA) ha planteado combatir estos riesgos con la decidida promoción de estilos de vida saludables, dirigidos tanto a los grupos en mayor riesgo como a la población general, a través del desarrollo de acciones preventivas, de incremento en la disponibilidad de los servicios para el tratamiento y la rehabilitación, pasando por la capacitación del personal de salud en todos los niveles de la atención a la salud en que se ofrezcan servicios en materia de adicciones, el desarrollo de nuevas investigaciones sistemas de información y monitoreo del fenómeno.

El Objetivo 1 del PROSESA “Mejorar las condiciones de salud” es central, y pretende manifestarse en mejoras en los valores de indicadores de salud asociados a padecimientos o grupos de edad específicos, como la mortalidad por enfermedades y mejoras en los valores de indicadores de salud. Para este objetivo en particular se propone una sola meta estratégica (Meta 1.4) en materia de adicciones: disminuir en 10% la prevalencia de consumo, por primera vez, de drogas ilegales en la población de 12 a 17 años de edad.

Dicha meta habrá de requerir el desarrollo de estrategias, como la Estrategia 1. Fortalecer y modernizar la protección contra riesgos sanitarios, cuya Línea de Acción 1.9 se define como “Fortalecer las

acciones regulatorias de la publicidad de productos de tabaco y bebidas de contenido alcohólico”, lo que requiere definir políticas públicas para desincentivar su consumo, poniendo especial énfasis en la población infantil y adolescente, en tanto que para cumplir estas actividades regulatorias y de fomento, la actual administración se propone:

- Dar protección a la población contra la exposición involuntaria al humo de tabaco, garantizando ambientes 100% libres de humo de tabaco y penalizando a los infractores.
- Hacer obligatoria la incorporación de advertencias sanitarias y pictogramas para que al menos ocupen 50% de las superficies principales de todos los paquetes y envases de productos de tabaco.
- Instrumentar acciones que tiendan a la eliminación gradual de la publicidad, patrocinio y promoción de productos derivados del tabaco por cualquier medio electrónico o impreso.
- Reforzar la regulación sanitaria en materia de publicidad y comercialización de bebidas con contenido alcohólico, para asegurar que no se vendan o expendan a menores de edad.
- Instrumentar acciones de fomento sanitario para desalentar el consumo de productos de tabaco y el consumo excesivo de bebidas con contenido alcohólico.

Por su parte, la Estrategia 2. Fortalecer e integrar las acciones de promoción de la salud, y prevención y control de enfermedades, a través de su Línea de Acción 2.11 Fortalecer las políticas de atención contra las adicciones causadas por el abuso en el consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales y médicas no prescritas, requerirá:

- Integrar un Programa Intersectorial de Prevención y Combate contra las Adicciones con la participación de todas las entidades federativas, instituciones y sectores relacionados con la prevención del abuso en el consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias adictivas.
- Suscribir convenios de colaboración con instituciones y sectores que fijen responsabilidades

y permitan sumar esfuerzos en la atención de las adicciones.

- Impulsar políticas para la disminución de la demanda de drogas y prevenir las adicciones.
- Fortalecer la prestación de los servicios de atención a las personas adictas y sus familias.
- Promover la reinserción social de las personas que han presentado algún tipo de adicción a las drogas.

2. Diagnóstico de Salud



2.1 Problemática

La adicción al tabaco (tabaquismo), a las bebidas con alcohol (alcoholismo) o a las drogas ilícitas o drogas médicas no prescritas (farmacodependencia), puede definirse como aquel estado psicofísico causado por la interacción de un organismo vivo con un fármaco, caracterizado por la modificación del comportamiento y otras reacciones, generalmente a causa de un impulso irreprimible por consumir una droga en forma continua o periódica, a fin de experimentar sus efectos psíquicos y, en ocasiones, para aliviar el malestar producido por la privación de la sustancia, mejor también llamado síndrome de abstinencia.

En principio, en este programa se reconoce que las adicciones a sustancias son enfermedades que, en cada caso (tabaco, alcohol o drogas) se caracterizan por presentar un conjunto de signos y síntomas en los que se involucran múltiples factores biológicos, genéticos, psicológicos y sociales. Asimismo, se entiende que los adictos son aquellas personas que dependen de las sustancias psicoactivas como el tabaco, el alcohol, la marihuana, la cocaína y los solventes inhalables, entre otros, en perjuicio de su salud física y psicológica, la de su familia y la su entorno cercano. Por tanto, se asume en forma indistinta que un adicto, drogadicto o farmacodependiente es aquél que física y psicológicamente depende de una o más drogas.

Para identificar la magnitud y las tendencias del problema, entre 1988 y 2002 se han realizado cuatro encuestas nacionales y diversas encuestas locales, así como un número mayor de encuestas en estudiantes de secundaria y de bachillerato que han permitido monitorear el consumo en esta población. Además se han establecido sistemas de vigilancia epidemiológica y reportes consistentes, como los observatorios de drogas. Sin embargo, al interior de los servicios de salud, gubernamentales y privados, y aún en los grupos de ayuda mutua, todavía no son referidas adecuadamente la mayor parte de las enfermedades asociadas con el uso de sustancias psicoactivas a los sistemas de información y registro disponibles, por lo que puede suponerse que el problema es todavía mayor.

De acuerdo con diversas investigaciones el uso, abuso y dependencia de drogas, bebidas alcohólicas y tabaco ocasionan pérdidas incalculables en forma de años de vida saludable, baja productividad, ausentismo laboral, deserción escolar y sobreutilización de servicios de salud. Es decir, que ese consumo ocasiona elevados costos sociales. Se ha estimado que tan sólo el alcoholismo representa actualmente el 9% del peso total de la enfermedad en México, y que la atención al tabaquismo ocasiona anualmente hasta un 15% del gasto total en salud.

Los resultados obtenidos a través de estos estudios, principalmente de las encuestas nacionales de adicciones, son contundentes y permiten visualizar la necesidad de adecuar la atención de las adicciones y del consumo de sustancias adictivas.

Consumo de Tabaco

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Adicciones 2002², un total de 16'371,601 personas consumen tabaco regularmente, mientras que otras 17'860,537 están expuestas cotidianamente a contaminación involuntaria por consumo de tabaco ajeno, con altos riesgos para su salud. Alrededor de 150 personas fallecen en México diariamente³ a causa de alguna de las 40 enfermedades relacionadas con el tabaquismo⁴, lo que representa una muerte cada 10 minutos. Entre los adolescentes fumadores, tanto en hombres como en mujeres ha disminuido la edad en que inician el consumo, y las enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco ya ocasionan más de 55,000 defunciones por año⁵. Asimismo, se ha estimado que el país gasta alrededor de 30,000

millones de pesos anuales en la atención de los problemas de salud asociados al tabaquismo.

Aunque la prevalencia de fumadores a lo largo de los últimos 20 años se ha mantenido relativamente estable, quienes consumen tabaco lo hacen a edades cada vez más tempranas, incluso antes de los 12 años, lo que en esta población incrementa más de 13 veces el riesgo de usar otras drogas, lo que hace evidente que los programas preventivos realizados y las medidas regulatorias aplicadas hasta el momento son insuficientes. Por ello debe ponerse énfasis en la instrumentación, vigilancia y evaluación del cumplimiento de estos programas.

Debido a que es considerable el incremento del consumo del tabaco en adolescentes y mujeres, resulta fundamental emprender acciones preventivas dirigidas a estos grupos, para contener el problema y evitar las consecuencias que se verán reflejadas en la salud de la población en pocos años adelante.

El Convenio Marco para el Control del Tabaco de la Organización Mundial de la Salud (OMS) constituye a partir del año 2003, una iniciativa internacional que obliga a los países miembros a promover y emprender acciones para prevenir y desalentar el consumo de tabaco, frente a los intereses del comercio y de la industria tabacalera. Al efecto se promueve la adopción de políticas fiscales más enérgicas, así como la aplicación de lineamientos preventivos en los ámbitos educativos y de la salud, de acuerdo con el esquema de prevención universal, selectiva e indicada.

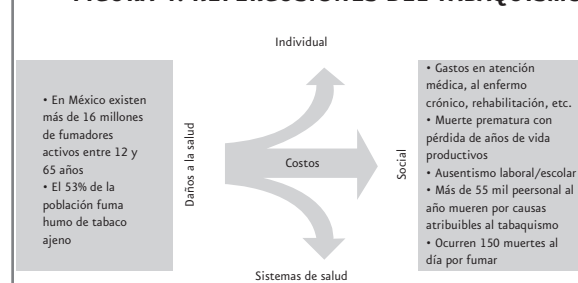
² Tapia-Conyer, R., Kuri, P., Cravioto, P., Galván, F., Jiménez, B., Cortés, M., Medina-Mora, ME, Villatoro, J. Encuesta Nacional de Adicciones 2002, Capítulo Tabaco. Consejo Nacional contra las Adicciones, CONADIC, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, INPRFM, Dirección General de Epidemiología, DGE, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, INEGI. México.

³ IMSS. En México mueren más de 55 mil fumadores al año. Boletín del Instituto Mexicano del Seguro Social. No. 246, 31 de mayo de 2007.

⁴ Cano-Valle, F. Día Mundial sin Tabaco, 2007. Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias de México. Vol. 20 Núm. 2, Abril-Junio 2007, pp. 99-100.

⁵ IMSS, op cit.

FIGURA 4. REPERCUSIONES DEL TABAQUISMO



Asimismo, se debe concientizar a los fumadores activos sobre los daños a su salud y a la de quienes conviven con ellos como fumadores pasivos, y ofrecerles alternativas terapéuticas eficientes, basadas en evidencias científicas. Asimismo, se destaca la importancia del papel del personal de salud, por lo que resulta necesario establecer en el Sistema de Salud, redes de apoyo para abatir el consumo de tabaco entre el personal y asumir el liderazgo en esta lucha.

Dado que casi son 18 millones de mexicanos (poco más de la quinta parte de la población entre 12 y 65 años) quienes están expuestos de manera involuntaria al humo de tabaco ajeno, y con ello a los daños asociados, será importante avanzar en el establecimiento de más espacios libres del humo del tabaco, que permitan ejercer el respeto a los derechos de los no fumadores.

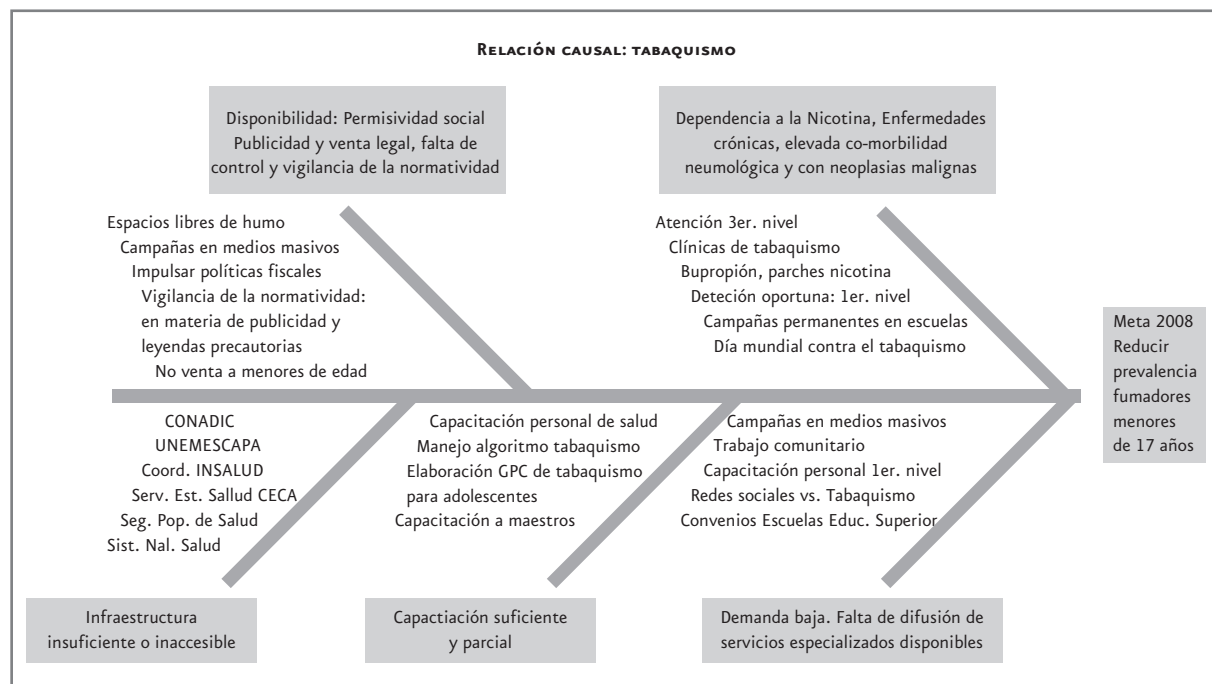
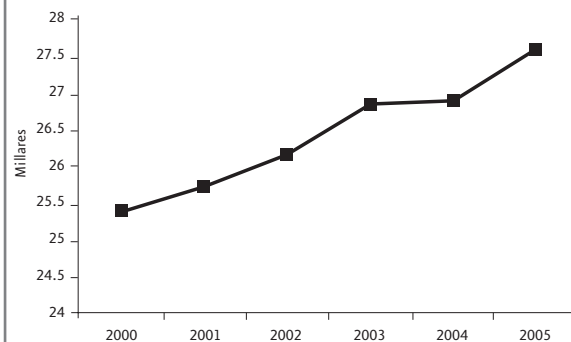
El consumo de tabaco en la población general debe disminuir, y por ello el control de la producción, distribución y comercialización, o la limitación del acceso a los productos de tabaco, en especial para los grupos de mayor riesgo, constituyen una prioridad en las políticas públicas de salud, máxime cuando paralelamente debe darse cumplimiento a

los compromisos internacionales pactados por el Gobierno Mexicano, particularmente al Convenio Marco para el Control del Tabaco propuesto por la Organización Mundial de la Salud.

Consumo de Bebidas con Alcohol

A nivel mundial, México ocupa uno de los primeros lugares de mortalidad por cirrosis hepática alcohólica, y se observan patrones problemáticos como el consumo de altas cantidades de bebidas con alcohol por ocasión, así como una alta frecuencia de eventos de consumo fuera del hogar. Esto implica que en

FIGURA 5. CIFRAS DE MORTALIDAD POR CIRROSIS EN MÉXICO, 2000-2005, DGIS, SSA.



nuestro país el consumo alto de alcohol se concentra en una proporción de bebedores menor a la que se observa en otras culturas⁶, pero la gravedad de sus repercusiones en la salud es similar.

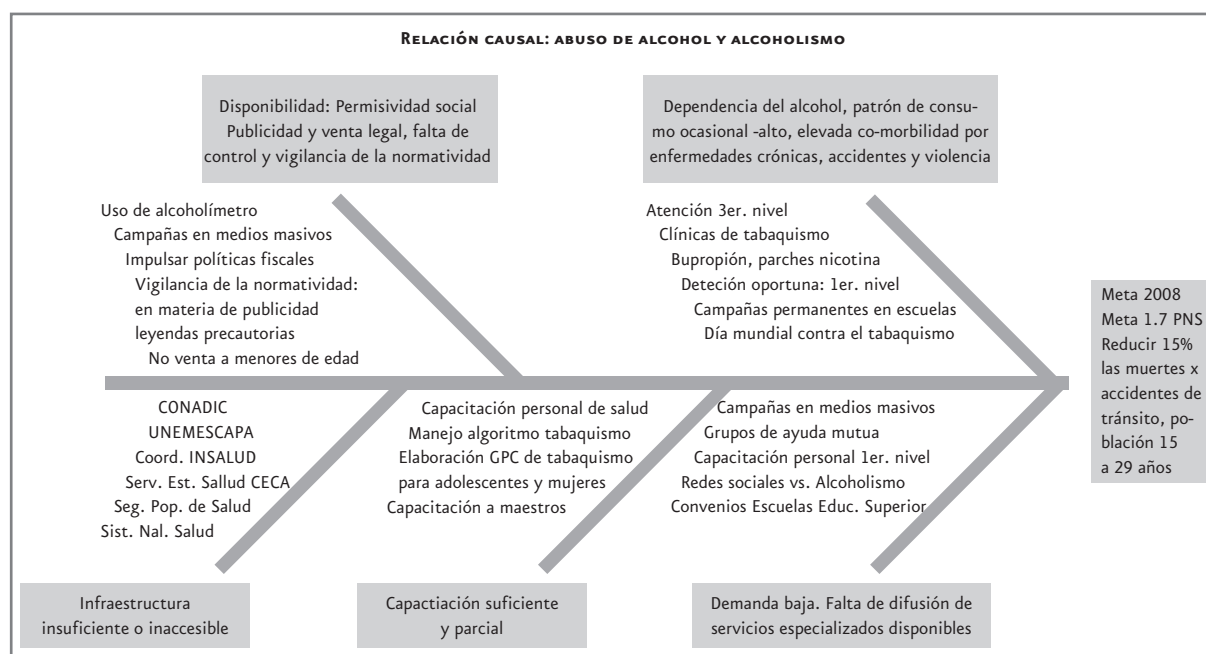
De acuerdo con los resultados de las Encuestas Nacionales de Adicciones (ENA) de 1988, 1998 y 2002, la prevalencia de consumo de alcohol en varones adultos de zonas urbanas ha variado de 73% a 77% y a 72%, mientras que en las mujeres la situación ha sido de 36% a 45% y 43%, por lo que puede decirse que el número total de mexicanos que consumen bebidas con alcohol se mantiene tan elevado como los problemas que se derivan de tal práctica.

Estudios similares realizados en otros países, demuestran que la distribución de ocasiones de consumo poco frecuente pero en grandes cantidades se asocia con mayor índice de problemas que cuando el consumo ocurre con mayor frecuencia pero en cantidades limitadas⁷.

El patrón de consumo más riesgoso y que es característico de nuestro país es el de bebedor moderado alto (en el último mes o año consumió más de 5 copas por ocasión) y es más frecuente en los varones, quienes en un 24.1% reportan beber más de 5 copas por ocasión de consumo. Llama la atención que un 2.5% de mujeres adolescentes entre 12 y 17 años de edad reportan este patrón de consumo, al menos una vez por mes. También se refiere un incremento en los niveles de consumo de grandes cantidades en la población femenina, particularmente en los índices de consumo y abuso en la población de 12 a 17 años. Este incremento anticipa la aparición más temprana de problemas crónicos derivados del abuso en el consumo de esta sustancia.

Uno de cada tres menores de 18 años de edad en poblaciones urbanas reportó consumir bebidas con alcohol, aunque esta proporción solo alcanza al 14% de las poblaciones rurales. El consumo es más frecuente entre los 18 y 49 años y desciende después de los 50. Se estima en 2'841,303 las personas que ya presentan dependencia alcohólica (2'595,300 hombres y 246,003 mujeres), y el 18% de ellos requiere tratamiento residencial. Por otra parte, estudios realizados en salas de urgencias médicas refieren que un elevado nivel de ingresos por traumatismo (21%) está asociado frecuentemente con el consumo de bebidas

⁶ World Health Organization: Global Status Report on Alcohol. Ginebra, Suiza, pp. 391, 1999.
⁷ Rehm, J., Monteiro, M., Room, R., Gmel, G., Jernigan, D., Frick, U. & Graham, K.: Steps towards constructing a global comparative risk analysis for alcohol consumption: determining indicators and empirical weights for patterns of drinking, deciding about theoretical minimum, and dealing with different consequences. European Addiction Research, 7: 138-47, 2001.



con alcohol. Este porcentaje duplica al reportado en estudios similares en los Estados Unidos (11%).

Debe recordarse que entre los principales problemas de salud relacionados con el abuso del alcohol se encuentra el síndrome alcohólico fetal que ocasiona retardo mental, en tanto que la combinación de consumo fuera del hogar de grandes cantidades por ocasión, incrementa el riesgo de sufrir accidentes y experiencias de victimización en los consumidores. Además, el 7.2% de casos de violencia intrafamiliar reportados en la ENA 2002, se relacionan con el consumo de bebidas con alcohol.

Aunque aún son pocas las personas con dependencia alcohólica que solicitan tratamiento, no deja de ser fundamental el establecimiento de mecanismos adecuados para realizar un mayor número de detecciones y derivaciones oportunas en poblaciones vulnerables (trabajadores, adolescentes, mujeres, etc.). En esta labor se destaca muy particularmente el trabajo de sensibilización y difusión que realizan los más de 15 mil grupos de ayuda mutua de Alcohólicos Anónimos, organización de la sociedad civil con más de 70 años de tradición en materia de reinserción social y rehabilitación de enfermos alcohólicos y sus familias.

Consumo de Drogas

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Adicciones 2002, en México existen 3'508,641 personas entre 12 y 65 años de edad que han consumido drogas ilícitas "alguna vez" en su vida. Ello quiere decir que en relación con el total de la población urbana y rural incluida en el estudio, el 8.6% de los hombres y el 2.1% de las mujeres han usado drogas ilegales "alguna vez", con un total para ambos sexos de 5.03%. En promedio cada usuario consume 1.3 drogas, y el antecedente de haber usado tabaco o alcohol previamente es constante.

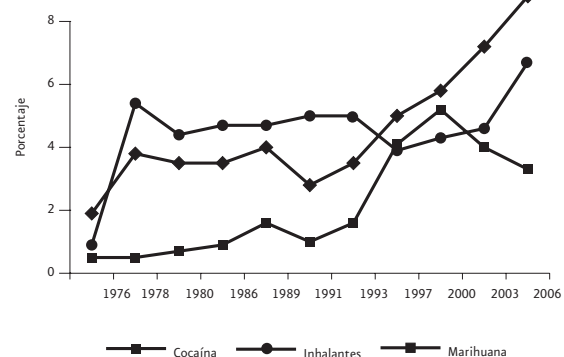
Si analizamos aquella franja de población cuyo consumo es más adictivo, observamos que éste es más elevado en zonas urbanas, y aunque es mayor en hombres, los patrones de consumo en las mujeres se parecen cada vez más a los de ellos, particularmente

en las zonas urbanas. Sin embargo, el consumo en zonas rurales es aún más preocupante debido a que la infraestructura existente para contender con el problema es mucho menor que los servicios disponibles en zonas urbanas.

Es importante consignar las diferencias entre la adicción a las diversas sustancias. Por ejemplo, el uso de cocaína se ha incrementado en forma muy importante a partir de los años ochenta, debido a la ampliación del mercado, a las nuevas vías de comercialización que emplean introductores, especialmente jóvenes que mantienen su consumo mediante la venta de la sustancia entre sus pares. Actualmente, y es más notable a partir de los primeros años de este Siglo XXI, el mayor mercado de cocaína (proveniente de la región andina) ocurre en las calles a través de redes de individuos fácilmente sustituibles, en organizaciones pequeñas con una amplia red de intermediarios entre el usuario y el vendedor. Esta modalidad conocida como narcomenudeo obliga a reforzar acciones para reducir la demanda a través de programas de prevención y tratamiento específicos.

También se reporta un aumento exponencial en el consumo de metanfetaminas y de otras drogas químicas, que en la actualidad son las principales sustancias de impacto en los estados del norte de

FIGURA 6. PREVALENCIA DE CONSUMO DE DROGAS EN ESTUDIANTES DE ENSEÑANZA MEDIA Y MEDIA SUPERIOR DE LA CIUDAD DE MÉXICO



Fuente: De la Serna y cols. 1991; Castro, 1992, Medina-Mora y cols. 1991, 1993, Villatoro y cols. 1997, 2000, 2003 y 2006

la República. Desde mediados de la década pasada este uso creciente ha comenzado a sustituir al de cocaína, aparentemente en virtud de que resuelve el problema del tránsito ilícito desde la región andina, debido a lo sencilla que resulta su producción de manera local.

Comparando las diferentes Encuestas Nacionales de Adicciones, se identifica una disminución del uso de inhalables, una estabilización del consumo de cocaína y de mariguana, así como una proporción mayor del número total de usuarios de drogas ilegales, hecho que se explica por la emergencia del consumo de otras drogas como los estimulantes de tipo anfetamínico y por el mayor número de casos detectados de heroína.

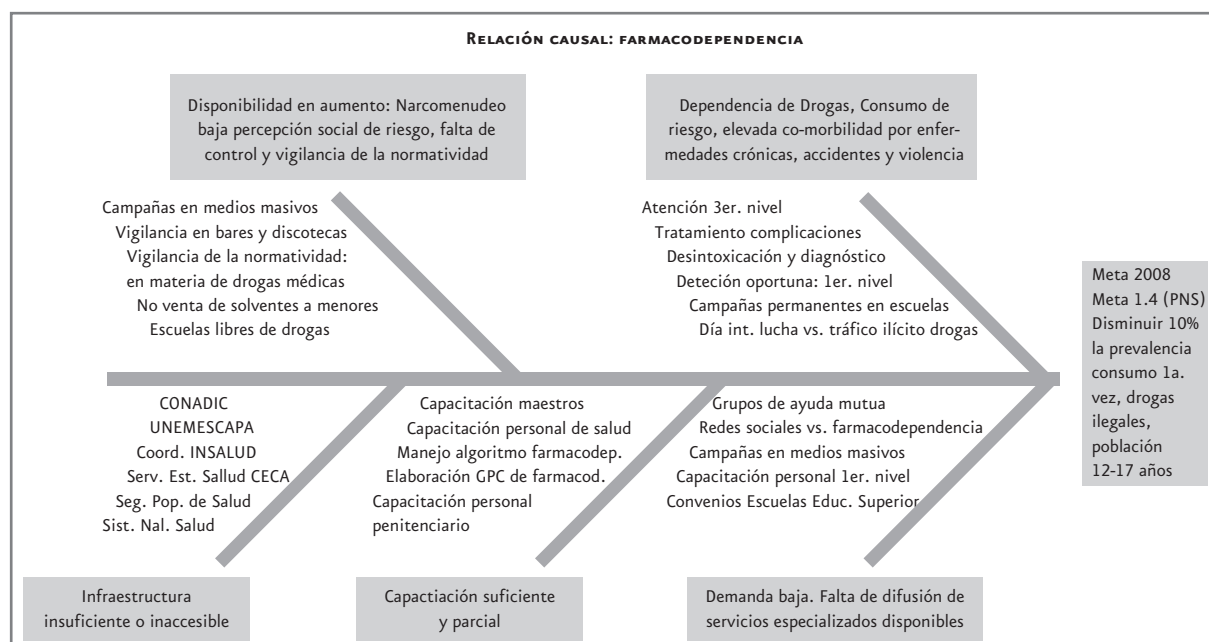
La disminución de la edad de inicio, el índice de inyección con drogas (que aún es bajo pero no por eso es menos preocupante por su relación con VIH y las hepatitis B y C), y el número ya importante de heroinómanos, obligan a diseñar nuevas estrategias de tratamiento de los adictos, adaptadas a sus necesidades, con enfoque de género, que consideren las condiciones socioculturales y el tipo de droga utilizada. Por otra parte, se ha observado que los adolescentes que utilizan sustancias ilegales tienen 5 veces más probabilidades de presentar conductas suicidas.

Es recomendable continuar la vigilancia en la atención de la adicción a la heroína, a través de programas que incluyan la administración de fármacos y programas psicosociales que consideren los tipos de usuarios, la severidad de la adicción, el tiempo de consumo y los resultados de tratamientos previos.

El acelerado incremento en el consumo de metanfetaminas, así como la utilización de metadona y de nuevos fármacos como terapias de sustitución para los enfermos refractarios a otros tipos de tratamiento, deben abarcar un fortalecimiento de la infraestructura de salud, la integración de servicios, la evaluación y el seguimiento de los enfermos para evitar desviaciones hacia el mercado ilícito.

El consumo de drogas ilegales en población estudiantil de secundaria y de nivel medio superior se ha llevado a cabo con estudiantes de la Ciudad de México desde 1976. La última medición de 2006⁸ reporta que la prevalencia total del consumo de estas drogas fue del 17.8%, cifra estadísticamente superior a la reportada apenas en el 2003 (2.6%).

⁸ Villatoro, J., Gutiérrez, M., Quintero, N., Moreno, M., Gaytán, L., Gaytán, F., Amador, N. y Medina-Mora, M.E. (2007). Encuesta de Consumo de Drogas en Estudiantes 2006. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, México, D. F.



En el último año y mes la prevalencia fue de 11.9% y 5.1% respectivamente. El consumo de cualquier droga, alguna vez en la vida, sigue siendo mayor para población masculina.

2.2 Avances 2000-2006

Hasta ahora la labor del Gobierno Mexicano ha permitido contar con una estructura nacional encabezada por la Secretaría de Salud, la que a través del Secretariado Técnico del Consejo Nacional contra las Adicciones (STCONADIC) se coordina con órganos colegiados homólogos denominados Consejos Estatales contra las Adicciones (CECA) y Comités Municipales contra las Adicciones (COMCA) para llevar a cabo las acciones que concretan la voluntad y el compromiso de los gobiernos federal y estatales, así como el trabajo que realizan las diversas organizaciones sociales por contribuir a esta lucha, en el marco delineado por la Estrategia Nacional. De igual manera resulta fundamental la participación de los ámbitos municipales, por ser las instancias de autoridad y acción social más cercanas a la ciudadanía y a sus necesidades. Adicionalmente, el trabajo de los Servicios Estatales de Salud a través de las Jurisdicciones Sanitarias, constituye un apoyo técnico y de organización fundamental.

No obstante, resulta impostergable elevar el nivel de interlocución de los CECA, gestionando la asignación de mayores recursos técnicos y financieros necesarios para cumplir mejor con los acuerdos establecidos entre ellos y el Gobierno Federal (representado por el CONADIC), pero sobre todo, para responder a las necesidades y las expectativas de la población.

Aunque la dependencia por consumo de drogas en México aún es baja, la demanda de servicios para su tratamiento y rehabilitación es aún más baja, por lo que es importante promover el incremento en la percepción del daño que el consumo de drogas ocasiona, con objeto de que aún los usuarios experimentales soliciten ayuda a fin de evitar que su consumo se vuelva dependencia.

Si las intervenciones breves han demostrado ser útiles y factibles, y los modelos actuales han sido desarrollados y probados en nuestro contexto⁹, el reto a superar será incluirlas en los programas de salud del primer nivel de atención, en hospitales, salas de urgencia¹⁰ y en ámbitos laborales¹¹, además de aplicarlas en familiares de los consumidores¹². Para ello es primordial aumentar los recursos asignados a fin de lograr una mejor cobertura y garantizar la sustentabilidad de los programas, ya que sólo los esfuerzos continuos han demostrado alcanzar resultados a largo plazo.

La necesidad de promover estilos de vida saludable y prevenir el consumo, así como los daños a la salud relacionados está justificada y es inaplazable, por ello es preciso reforzar las acciones dirigidas a trabajar diferencialmente en los distintos grupos de población, en particular con los de mujeres y adolescentes que han mostrado tendencia al incremento en el consumo, de ahí que se propongan una serie de acciones posibles para disminuir la prevalencia y reducir la edad de inicio en el consumo de estas sustancias.

2.3 Retos para 2007-2012

Con base en la magnitud del problema puede entenderse que nuestro país se encuentra ante un problema dinámico y cambiante en el tiempo, principalmente a lo largo de tres vertientes:

1. En relación con el consumo de tabaco, los grupos de edad cada vez más jóvenes y las mujeres

⁹ Consejo Nacional Contra Las Adicciones: Modelos preventivos. CONADIC, 56 p. México, D. F., 2003.

¹⁰ Ayala H, Echeverría L: Autocontrol Dirigido: Intervenciones breves para bebedores excesivos de alcohol en México. Revista Mexicana Psicología, 14(2):113-127, 1997.

¹¹ Carreño S, Medina-Mora ME, Ortíz A, Natera G, Tiburcio M, Vélez A: Modelo de prevención del uso de alcohol, tabaco y otras drogas en el lugar de trabajo. Modelos preventivos. CONADIC, 14-21, México, 2003.

¹² Natera, G. Una estrategia para apoyar a los familiares que tienen problemas por el consumo de alcohol y drogas. Un enfoque para la promoción de la salud. En: García M (eds.). Salud Comunitaria y Promoción de la Salud. 993-1011. ICEPSS (eds.). España, 1999.

son los sectores que más se han incrementado, mientras que el consumo general incluyendo a los hombres se mantiene elevado;

2. Respecto al uso y al abuso del alcohol, la prevalencia en población general es la mayor entre todas las sustancias adictivas, afecta principalmente a los varones y a grupos vulnerables como el de personas jóvenes, debido al patrón de consumo poco frecuente pero en grandes cantidades
3. El consumo de drogas ilegales ha pasado del patrón de consumo experimental al de la franca dependencia, lo cual requiere realizar detecciones oportunas, aplicar tratamientos especializados y fortalecer políticas públicas integradas entre la reducción de la demanda y el control de la oferta de drogas, particularmente las referidas al narcomenudeo

De aquí que el presente Programa de Acción se plantea como retos centrales para el abordaje de los mayores determinantes de las condiciones de salud en materia de adicciones los siguientes:

1. Reducción del consumo de tabaco (activo y ajeno)
2. Prevenir el uso riesgoso, el abuso y la dependencia de bebidas con alcohol
3. Reducción del consumo de drogas ilegales y drogas médicas no prescritas

Para enfrentar desde un enfoque global el consumo de los diferentes tipos de drogas, impulsando el desarrollo de acciones preventivas y de promoción de la salud a la par de fortalecer el tratamiento y la rehabilitación, se plantea una nueva política de Estado, a largo plazo, que pretende trascender la coyuntura de las administraciones para mantenerse acorde con la evolución del problema y con las necesidades de la población, en el marco de los compromisos adquiridos en el ámbito internacional. Dicha política pretende ser integral y se instrumentará con la participación amplia de los diversos sectores, instituciones y organismos públicos y privados, así como con el apoyo de la sociedad civil.

A decir de los expertos, y por la experiencia acumulada en este largo camino, hoy por hoy se requiere balancear los esfuerzos destinados al control de la oferta y a la reducción de la demanda. Como se ha mencionado, actualmente existe un desequilibrio de 16 a 1 en la inversión de recursos públicos destinados a cada estrategia en el país. Tales acciones permitirán en principio, impulsar una amplia estrategia de prevención y promoción de la salud a fin de brindar una atención oportuna a todos los sectores de la población. Asimismo, ya existen las condiciones para impulsar la creación de 300 UNEMES Centros “Nueva Vida”, a fin de incrementar la disponibilidad y satisfacer la demanda de servicios con mayor calidad y calidez.

Adicionalmente, y con el propósito de evaluar el impacto a largo plazo del Programa de Acción, se deberán seguir desarrollando los distintos estudios básicos, clínicos, epidemiológicos y sociales que se han venido realizando en nuestro país, tales como la evaluación de nuevos modelos de prevención y tratamiento, el registro de casos en centros de urgencias y unidades de primer nivel y la realización de encuestas en escuelas y hogares. También deberán fortalecerse los mecanismos de monitoreo y vigilancia de la evolución del fenómeno, así como de los problemas asociados al consumo, y habrán de desarrollarse además nuevos estudios que den cuenta entre otros temas, del costo/beneficio y del costo/efectividad de las diferentes intervenciones en salud.

Al trabajo que realizan las instancias gubernamentales se continuará sumando el esfuerzo del sector privado en un esquema que posibilitará generar la sinergia necesaria para instrumentar de manera eficaz los diferentes planes y programas. De igual manera, deberá auspiciarse la participación del sector social y de las organizaciones de la sociedad civil en los ámbitos de la prevención, la promoción de la salud, el tratamiento y la reinserción social de personas con problemas ocasionados por el consumo de sustancias adictivas.

Las diversas fundaciones, instituciones de asistencia privada, asociaciones civiles y de padres de familia, fideicomisos, agrupaciones de ayuda mutua, empresarios, líderes sociales, organizaciones sindicales, eclesiásticas y clubes de servicio dedicados a atender, desde diversas perspectivas, este grave problema, seguirán aportando su experiencia, conocimientos y recursos para conformar un gran frente común que actúe como el principal agente de prevención para lograr una mejor salud sin drogas en nuestro país.



3. Organización del Programa



3.1 Misión

La misión del Programa de Acción para la Prevención y Tratamiento de las Adicciones es promover la salud de los mexicanos, mediante la definición y conducción de la política nacional en materia de investigación, prevención y tratamiento, formación y desarrollo de recursos humanos para el control de las adicciones, con el propósito de mejorar la calidad de vida individual, familiar y social.

3.2 Visión

En 2030 México cuenta con un sistema para la atención de las adicciones integrado y universal que garantiza el acceso a servicios esenciales de salud a toda la población; predominantemente público, pero con participación privada; regido por la Secretaría de Salud; financieramente sustentable; centrado en la persona, la familia y la comunidad; efectivo, seguro eficiente y sensible; enfocado en la promoción de la salud y la prevención del consumo de tabaco, alcohol y drogas ilícitas y médicas fuera de prescripción, así como las enfermedades y problemas asociados; atento a las necesidades de los grupos vulnerables, y que propicia los espacios para la formación de los recursos humanos para la salud y la investigación.

3.3 Objetivo General, Meta y Objetivos Específicos:

Acorde con las metas y estrategias señaladas en el Programa Sectorial de Salud 2007-2012, el objetivo general del Programa de Acción para la Prevención y el Tratamiento de las Adicciones consiste en:

- Disminuir el uso, abuso y la dependencia, así como el impacto de las enfermedades y las lesiones que ocasionan en individuos, familias y comunidades, mediante intervenciones de tipo universal, selectivas e indicadas dirigidas a los diversos grupos de población.

La Meta del Programa de Adicciones acorde con el objetivo es:

- Disminuir en 10% la prevalencia de consumo por primera vez, de drogas ilegales en la población de 12 a 17 años de edad en el período 2007-2012.

Objetivos específicos:

1. Realizar acciones de prevención universal en población general para prevenir el inicio en el consumo de sustancias adictivas, promoviendo la realización de las jornadas intensivas contra las adicciones, aplicando programas preventivos en población escolar, difundiendo campañas en medios masivos para favorecer un ambiente social propicio para el desarrollo de una sociedad resiliente al uso de tabaco, bebidas con alcohol y otras drogas.
2. Desarrollar acciones de prevención selectiva en grupos de riesgo, promoviendo la aplicación de medidas para disminuir la disponibilidad de tabaco, alcohol o drogas en menores de edad y grupos de jóvenes, capacitando a personal de salud y otros sectores, y desarrollando una cultura de uso responsable del alcohol en adultos.
3. Aplicar acciones de prevención indicada en grupos de experimentadores, consumidores frecuentes y adictos al tabaco, alcohol o drogas, así como brindar tratamiento médico especiali-

zado para prevenir oportunamente las complicaciones asociadas al consumo de sustancias adictivas, disminuir el número de recaídas y ampliar las acciones de reinserción social.

4. Ampliar la red de infraestructura necesaria para el tratamiento de las adicciones, a través de la instalación de UNEMES Centros “Nueva Vida” en todas las entidades federativas.
5. Favorecer todas las iniciativas en materia de investigación, capacitación, normatividad, coordinación sectorial e institucional, así como respetar y promover la colaboración internacional, multilateral y binacional tendiente a contribuir con el objetivo general del programa de acción.

Para dar cumplimiento a los objetivos y alcanzar la meta, se instrumentarán acciones homogéneas y permanentes de prevención y promoción de la salud, acordes con un mismo modelo socio-ecológico en las principales instituciones del sector, además de impulsar en todas las escuelas la adopción de programas preventivos basados en el conocimiento científico para proteger a niños y jóvenes de la disponibilidad de drogas, así como de la publicidad en el caso de drogas legales (tabaco y alcohol).

Hacia el año 2012, México deberá haber contenido el aumento en la prevalencia del consumo de sustancias adictivas y habrá logrado retrasar las edades de inicio, gracias a una acción coadyuvante y corresponsable de los tres poderes de la Unión, de los tres órdenes de gobierno y de los tres sectores de la vida nacional (público, social y privado), además de establecer, en una concreción sin precedentes, la Red de UNEMES Centros “Nueva Vida”, que incluirá la conformación de redes comunitarias en apoyo a la rehabilitación y reinserción social de las personas afectadas. Para entonces, se habrá alcanzado un balance razonable en la asignación de recursos entre las acciones para el combate a la oferta y para la reducción de la demanda de drogas. Cabe señalar que la medición de indicadores epidemiológicos, como son la prevalencia y el consumo por 1ª vez sólo podrá realizarse a través del levantamiento de la Encuesta Nacional de Adicciones 2013, por lo que la evaluación del impacto en la salud podrá realizarse con posterioridad a la duración de la presente administración.

Las organizaciones de la sociedad civil serán co-partícipes del diseño y aplicación de los programas referidos a la reducción de la demanda de drogas, y la totalidad de las entidades federativas aplicarán normas, leyes y reglamentos para proteger a la sociedad del consumo de sustancias adictivas y sus consecuencias.

Nuestro país se habrá consolidado como generador importante de conocimientos científicos basados en el desarrollo de proyectos de investigación básica, aplicada, epidemiológica y social en materia de adicciones, y será poseedor de sistemas de información veraces y oportunos. Además estará posicionado como punta de lanza en el cumplimiento de los acuerdos internacionales que orientan las políticas en la materia.

3.4 Estrategias

Se entiende que la aplicación del Programa de Acción para la Prevención y el Tratamiento de las Adicciones 2007-2012 es una responsabilidad compartida por todos los mexicanos, que involucra una serie de acciones dirigidas al individuo y al ambiente con el fin beneficiar a toda la población. El rol del gobierno federal, a través de la Secretaría de Salud, será en todo momento el de consensuar y facilitar el desarrollo de esta iniciativa a través de un liderazgo efectivo y la provisión de recursos para su implementación. Si bien comprende el desarrollo de

acciones universales, selectivas y dirigidas basadas en evidencias científicas y mejores prácticas, en su desarrollo se requiere la participación de todos: individuo, familia, comunidad escolar y laboral, medios de comunicación, organismos de la sociedad civil, sindicatos, sector privado, órdenes de gobierno. A continuación, se identifican las principales debilidades y amenazas al desarrollo del Programa de Acción, pero también se destacan las principales fortalezas y oportunidades para su aplicación:

El Programa de Acción propone el cumplimiento de las siguientes seis estrategias, orientadas principalmente al desarrollo de acciones preventivas en cada una de las vertientes del programa (tabaco, alcohol y drogas), así como al fortalecimiento de los sistemas de información y al logro de un incremento sustancial en la disponibilidad y eficiencia de los servicios especializados en la atención de adicciones.

ESTRATEGIA 1: Asegurar el desarrollo de acciones universales contra las adicciones principalmente en aquellos municipios considerados como prioritarios para el Sistema Nacional de Salud

ESTRATEGIA 2: Elevar la calidad y profesionalizar los servicios de atención residencial mediante acciones de asesoría, supervisión y apoyo, para que los establecimientos actúen bajo la normatividad establecida, brindando a usuarios de drogas y sus

Debilidades:	Fortalezas:
• Limitada infraestructura para la atención • Ausencia de un modelo sanitario para la atención de adicciones • Falta de recursos para soportar los programas • Desinterés en el tema • Dificultades metodológicas para evaluar el impacto de las acciones	• 40 años de experiencias mexicanas • Amplia respuesta social y local • Liderazgo nacional • Bases metodológicas de sustento • Cooperación con organismos internacionales especializados • Disponibilidad de modelos para el abordaje
Amenazas:	Oportunidades:
• Crecimiento de la disponibilidad de sustancias • Aumento del consumo de drogas ilegales en zonas de riesgo • Surgimiento de un mercado maduro • Aparición de nuevas drogas • Grupos de alto riesgo	• Instrumentos internacionales: Principios Rectores en reducción de las Demandas, CMCT, Resolución de la OMS sobre alcohol • Posición relevante en la agenda política actual • Nuevos mecanismos financieros: POA, SAE, otros • Interés en los tres órdenes de gobierno

familias una atención que transforme la visión de castigo y culpabilidad a un concepto integral de tratamiento y desarrollo personal

ESTRATEGIA 3: Asegurar la sustentabilidad y permanencia de los esfuerzos orientados a reducir la demanda de drogas, aplicando el modelo de atención integral en los procedimientos para la detección, orientación, consejería y tratamiento en adicciones

ESTRATEGIA 4: Asegurar la disponibilidad de servicios de atención integral oportuna para el tratamiento y la reintegración social del adicto con criterios de calidad y calidez, a través de una Red de Unidades Médicas de Alta Especialidad, Centros de Atención Primaria de las Adicciones “Nueva Vida” (CAPA)

ESTRATEGIA 5: Operar a nivel nacional un sistema integral para el tratamiento de las adicciones, mediante el establecimiento de una red de servicios especializados que cumplan tareas preventivas, de detección temprana, tratamiento y rehabilitación

ESTRATEGIA 6: Garantizar el flujo de información actualizada, proveniente de diferentes fuentes, para mantener una visión integral de aspectos epidemiológicos, desarrollo de estrategias de prevención, tratamiento y demás aspectos significativos necesarios para la toma de decisiones y el diseño de políticas públicas

3.5 Líneas de Acción

Se han establecido líneas de acción específicas para cada una de las tres adicciones que incluye el Programa, en estrecha correspondencia con las seis estrategias referidas, con el fin de dirigir las acciones específicas que tendrán que llevarse a cabo para cumplir los objetivos. En las matrices que se muestran a continuación también se han establecido las acciones específicas a desarrollar, lo cual habrá de ser útil para realizar el monitoreo y la evaluación tanto del avance, como del impacto alcanzado en la instrumentación del Programa de Acción.

3.6 Metas 2008-2012

Meta de Proceso 1: Garantizar que al menos el 60% de los municipios prioritarios en todo el país, cuente con acciones contra las adicciones.

Meta de Proceso 2: Garantizar que el 43% de las unidades de tratamiento residencial en el país, cumplen con los requisitos básicos para la atención de las adicciones, de acuerdo con la NOM-028-SSA2-1999 para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones.

Meta de Proceso 3: Garantizar que al menos el 45% de las unidades básicas de primer nivel de la Secretaría de Salud en el país, aplique los procedimientos para la detección, orientación y consejería en materia de adicciones.

Meta de Resultado 1: Otorgar 524,400 consultas de 1a. vez para la prevención y tratamiento de las adicciones en los Centros “Nueva Vida”.

3.7 Indicadores (Proceso y resultado intermedio)

Indicador de Proceso 1: Porcentaje de municipios prioritarios por estado que cuenta con acciones contra las adicciones

Indicador de Proceso 2: Porcentaje de unidades de tratamiento residencial que cumplen con los requisitos básicos para la atención de las adicciones, de acuerdo con la NOM-028-SSA2-1999 para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones

Indicador de Proceso 3: Porcentaje de unidades básicas de primer nivel de la Secretaría de Salud en el país, que aplica los procedimientos para la detección, orientación y consejería en materia de adicciones

Indicador de Resultado 1: Consultas de 1a. vez para la prevención y tratamiento de las adicciones en los Centros Nueva Vida

Cuadro 1a. Estrategias y Líneas de Acción: Tabaquismo

Nivel de acción	Estrategias	Líneas de Acción	Acciones específicas	Población a la que está dirigido (estado y grupo de edad)
Universal	1. Asegurar el desarrollo de acciones universales contra las adicciones principalmente en aquellos municipios considerados como prioritarios para el Sistema Nacional de Salud	- Promover la participación interinstitucional e intersectorial, así como la corresponsabilidad de la comunidad en el desarrollo de acciones preventivas universales y de tratamiento en municipios considerados prioritarios	- Celebrar el Día Mundial contra el Tabaquismo - Promover los lugares y escuelas libres de humo de tabaco - Aplicar programas preventivos en escuelas y comunidad, contenidos en libros de texto - Realizar campañas en medios masivos - Impulsar políticas fiscales, prohibición de promociones y publicidad - Eliminación de términos engañosos como light o mild; leyendas precautorias y pictogramas - Vigilar la no venta a menores de edad	- Población general - Población estudiantil
Selectiva e indicada	2. Elevar la calidad y profesionalizar los servicios de atención residencial mediante acciones de asesoría, supervisión y apoyo, para que los establecimientos actúen bajo la normatividad establecida, brindando a usuarios de drogas y sus familias una atención que transforme la visión de castigo y culpabilidad a un concepto integral de tratamiento y desarrollo personal	- Establecimientos de atención residencial reconocidos de acuerdo a los criterios mínimos de calidad establecidos por la Norma Oficial Mexicana-028-SSA2-1999, para la prevención, tratamiento y control de las adicciones	- Detección de niños y adolescentes en riesgo de desarrollar adicciones	- Población infantil y adolescente - Consumidores experimentales - Niños y adultos en situación de calle - Población indígena y migrantes
Selectiva e indicada	3. Asegurar la sustentabilidad y permanencia de los esfuerzos orientados a reducir la demanda de drogas, aplicando el modelo de atención integral en los procedimientos para la detección, orientación, consejería y tratamiento en adicciones	- Incorporar el uso de técnicas para la detección, orientación, consejería y tratamiento en las unidades básicas de salud	- Difundir uso de líneas de orientación telefónica - Imponer leyendas precautorias y pictogramas - Consejería para dejar de fumar	- Población general - Población infantil y adolescente - Población estudiantil
Indicada	4. Asegurar la disponibilidad de servicios de atención integral oportuna para el tratamiento y la reintegración social del adicto con criterios de calidad y calidez, a través de una Red de Unidades Médicas de Alta Especialidad, Centros de Atención Primaria de las Adicciones “Nueva Vida” (CAPA)	- Difundir y promover la disponibilidad de servicios para la atención integral oportuna de las adicciones a través de las UNEMES-CAPA ubicadas estratégicamente en todo el país	- Tratamiento médico: UNEMES-Centros Nueva Vida, clínicas de tabaquismo - Tratamiento especializado	- Consumidores experimentales - Adictos al tabaco
Universal	5. Operar a nivel nacional un sistema integral para el tratamiento de las adicciones, mediante el establecimiento de una red de servicios especializados que cumplan tareas preventivas, de detección temprana, tratamiento y rehabilitación	- UNEMES-CAPA operando en las entidades, acorde con el Modelo de Atención Integral establecido	- Difusión de la existencia de UNEMES-CAPA acorde con la ubicación del solicitante del servicio - Difusión del servicio de orientación telefónica para ubicar la UNEME más cercana	- Consumidores experimentales - Adictos al tabaco - Población escolar
Universal	6. Garantizar el flujo de información actualizada, proveniente de diferentes fuentes, para mantener una visión integral de aspectos epidemiológicos, desarrollo de estrategias de prevención, tratamiento y demás aspectos significativos necesarios para la toma de decisiones y el diseño de políticas públicas	- Mantener actualizado el Sistema Nacional de Información en Adicciones	- Capacitación del personal de salud - Construcción de un sistema de Información en red que agilice la disponibilidad de la información en forma continua y permanente	- Población general - Población escolar - Consumidores experimentales - Adictos al tabaco

Cuadro 1b. Estrategias y Líneas de Acción: Abuso en el Consumo de Alcohol y Alcoholismo

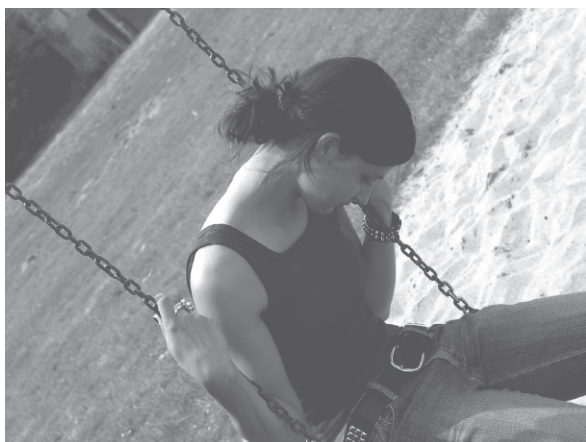
Nivel de acción	Estrategias	Líneas de Acción	Acciones específicas	Población a la que está dirigido (estado y grupo de edad)
Universal	1. Asegurar el desarrollo de acciones universales contra las adicciones principalmente en aquellos municipios considerados como prioritarios para el Sistema Nacional de Salud	- Promover la participación interinstitucional e intersectorial, así como la corresponsabilidad de la comunidad en el desarrollo de acciones preventivas universales y de tratamiento en municipios considerados prioritarios	- Celebración de la Semana Nacional “Compartiendo Esfuerzos” - Aplicación de programas preventivos en escuela y comunidad, contenidos en libros de texto - Realización de campañas en medios masivos - Regulación de publicidad en medios masivos - Reglamentación sobre puntos de venta y horarios - Aplicación de medidas para disminuir la disponibilidad - Control de la producción de alcohol adulterado	- Población general - Población estudiantil
Selectiva e indicada	2. Elevar la calidad y profesionalizar los servicios de atención residencial mediante acciones de asesoría, supervisión y apoyo, para que los establecimientos actúen bajo la normatividad establecida, brindando a usuarios de drogas y sus familias una atención que transforme la visión de castigo y culpabilidad a un concepto integral de tratamiento y desarrollo personal	- Establecimientos de atención residencial reconocidos de acuerdo a los criterios mínimos de calidad establecidos por la Norma Oficial Mexicana-028-SSA2-1999, para la prevención, tratamiento y control de las adicciones	- Incremento en control de la venta a menores de edad - Promoción de la responsabilidad en el consumo - Aplicación de programas especiales para grupos vulnerables: indígenas, niños en situación de calle, etc. - Utilización del uso de alcoholímetros - Capacitación al personal de la industria restaurantera	- Población infantil y adolescente - Consumidores experimentales - Niños y adultos en situación de calle - Población indígena y migrantes
Selectiva e indicada	3. Asegurar la sustentabilidad y permanencia de los esfuerzos orientados a reducir la demanda de drogas, aplicando el modelo de atención integral en los procedimientos para la detección, orientación, consejería y tratamiento en adicciones	- Incorporar el uso de técnicas para la detección, orientación, consejería y tratamiento en las unidades básicas de salud	- Consejería e intervenciones breves para bebedores problema	- Población general - Población infantil y adolescente - Población estudiantil
Indicada	4. Asegurar la disponibilidad de servicios de atención integral oportuna para el tratamiento y la reintegración social del adicto con criterios de calidad y calidez, a través de una Red de Unidades Médicas de Alta Especialidad, Centros de Atención Primaria de las Adicciones “Nueva Vida” (CAPA)	- Difundir y promover la disponibilidad de servicios para la atención integral oportuna de las adicciones a través de las UNEMES-CAPA ubicadas estratégicamente en todo el país	- Tratamiento médico: UNEMES-Centros Nueva Vida - Vinculación con grupos de ayuda mutua (AA) - Aplicación de programas de prevención de recaídas y reinserción social - Tratamiento especializado	- Consumidores experimentales - Bebedores problema - Adictos al alcohol
Universal	5. Operar a nivel nacional un sistema integral para el tratamiento de las adicciones, mediante el establecimiento de una red de servicios especializados que cumplan tareas preventivas, de detección temprana, tratamiento y rehabilitación	- UNEMES-CAPA operando en las entidades, acorde con el Modelo de Atención Integral establecido	- Difusión de la existencia de UNEMES-CAPA acorde con la ubicación del solicitante del servicio - Difusión del servicio de orientación telefónica para ubicar la UNEME más cercana	- Consumidores experimentales - Bebedores problema - Adictos al alcohol
Universal	6. Garantizar el flujo de información actualizada, proveniente de diferentes fuentes, para mantener una visión integral de aspectos epidemiológicos, desarrollo de estrategias de prevención, tratamiento y demás aspectos significativos necesarios para la toma de decisiones y el diseño de políticas públicas	- Mantener actualizado el Sistema Nacional de Información en Adicciones	- Capacitación del personal de salud - Construcción de un sistema de Información en red que agilice la disponibilidad de la información en forma continua y permanente	- Población general - Población escolar - Consumidores experimentales - Bebedores problema - Adictos al alcohol

Cuadro 1c. Estrategias y Líneas de Acción: Farmacodependencia

Nivel de acción	Estrategias	Líneas de Acción	Acciones específicas	Población a la que está dirigido (estado y grupo de edad)
Universal	1. Asegurar el desarrollo de acciones universales contra las adicciones principalmente en aquellos municipios considerados como prioritarios para el Sistema Nacional de Salud	- Promover la participación interinstitucional e intersectorial, así como la corresponsabilidad de la comunidad en el desarrollo de acciones preventivas universales y de tratamiento en municipios considerados prioritarios	- Celebración del Día Internacional de la Lucha contra el Uso Indebido y Tráfico de Drogas Ilícitas - Aplicación de programas preventivos en escuelas y comunidades, contenidos en libros de texto - Fomento de estilos de vida saludables - Educación basada en habilidades para la vida para diferentes grupos de edad - Realización de campañas en medios masivos - Control en venta de drogas médicas	- Población general - Población estudiantil - Población con enfermedades crónicas
Selectiva e indicada	2. Elevar la calidad y profesionalizar los servicios de atención residencial mediante acciones de asesoría, supervisión y apoyo, para que los establecimientos actúen bajo la normatividad establecida, brindando a usuarios de drogas y sus familias una atención que transforme la visión de castigo y culpabilidad a un concepto integral de tratamiento y desarrollo personal	- Establecimientos de atención residencial reconocidos de acuerdo a los criterios mínimos de calidad establecidos por la Norma Oficial Mexicana-028-SSA2-1999, para la prevención, tratamiento y control de las adicciones	- Detección oportuna e intervención breve para adolescentes que inician el consumo de drogas Consejería y orientación a personas adultas en riesgo	- Población infantil y adolescente - Consumidores experimentales - Niños y adultos en situación de calle - Población indígena y migrantes
Selectiva e indicada	3. Asegurar la sustentabilidad y permanencia de los esfuerzos orientados a reducir la demanda de drogas, aplicando el modelo de atención integral en los procedimientos para la detección, orientación, consejería y tratamiento en adicciones	- Incorporar el uso de técnicas para la detección, orientación, consejería y tratamiento en las unidades básicas de salud	- Consejería en consumo de drogas - Tratamiento para la reducción del daño en usuarios de drogas	- Población general - Población infantil y adolescente - Población estudiantil
Indicada	4. Asegurar la disponibilidad de servicios de atención integral oportuna para el tratamiento y la reintegración social del adicto con criterios de calidad y calidez, a través de una Red de Unidades Médicas de Alta Especialidad, Centros de Atención Primaria de las Adicciones “Nueva Vida” (CAPA)	- Difundir y promover la disponibilidad de servicios para la atención integral oportuna de las adicciones a través de las UNEMES-CAPA ubicadas estratégicamente en todo el país	- Tratamiento médico: UNEMES-Centros Nueva Vida - Tratamiento a presos adictos - Programas de prevención de recaídas y reinserción social - Tratamiento especializado	- Consumidores experimentales - Adictos al uso de drogas
Universal	5. Operar a nivel nacional un sistema integral para el tratamiento de las adicciones, mediante el establecimiento de una red de servicios especializados que cumplan tareas preventivas, de detección temprana, tratamiento y rehabilitación	- UNEMES-CAPA operando en las entidades, acorde con el Modelo de Atención Integral establecido	- Difusión de la existencia de UNEMES-CAPA acorde con la ubicación del solicitante del servicio - Difusión del servicio de orientación telefónica para ubicar la UNEME más cercana	- Consumidores experimentales - Adictos al uso de drogas - Población escolar
Universal	6. Garantizar el flujo de información actualizada, proveniente de diferentes fuentes, para mantener una visión integral de aspectos epidemiológicos, desarrollo de estrategias de prevención, tratamiento y demás aspectos significativos necesarios para la toma de decisiones y el diseño de políticas públicas	- Mantener actualizado el Sistema Nacional de Información en Adicciones	- Capacitación del personal de salud - Construcción de un sistema de Información en red que agilice la disponibilidad de la información en forma continua y permanente	- Población general - Población escolar - Consumidores experimentales - Adictos al uso de drogas



4. Estrategia de implantación operativa



4.1 Modelo Operativo

En el marco de la Estrategia Nacional de Prevención y Promoción por una Mejor Salud y en cumplimiento del marco normativo nacional y de los compromisos internacionales, el Programa de Acción para la Prevención y el Tratamiento de las Adicciones está basado en el modelo socio-ecológico de la salud, que busca construir una resiliencia universal para el uso de todo tipo de drogas, e incorpora fundamentalmente tres grupos de factores explicativos de los determinantes de la salud: la conducta personal, el ambiente externo tanto físico como social, y los factores genéticos y adquiridos por el individuo.¹⁴⁻¹⁷

De acuerdo con estos principios, el Programa comprende no sólo el uso y el abuso de drogas ilegales y el uso indebido de medicamentos no prescritos, sino también el consumo de alcohol y el tabaco en un marco de responsabilidad compartida, ya que considera que la tolerancia social de las drogas legales se convierte con mucha frecuencia en la puerta de entrada al consumo de las drogas ilegales.

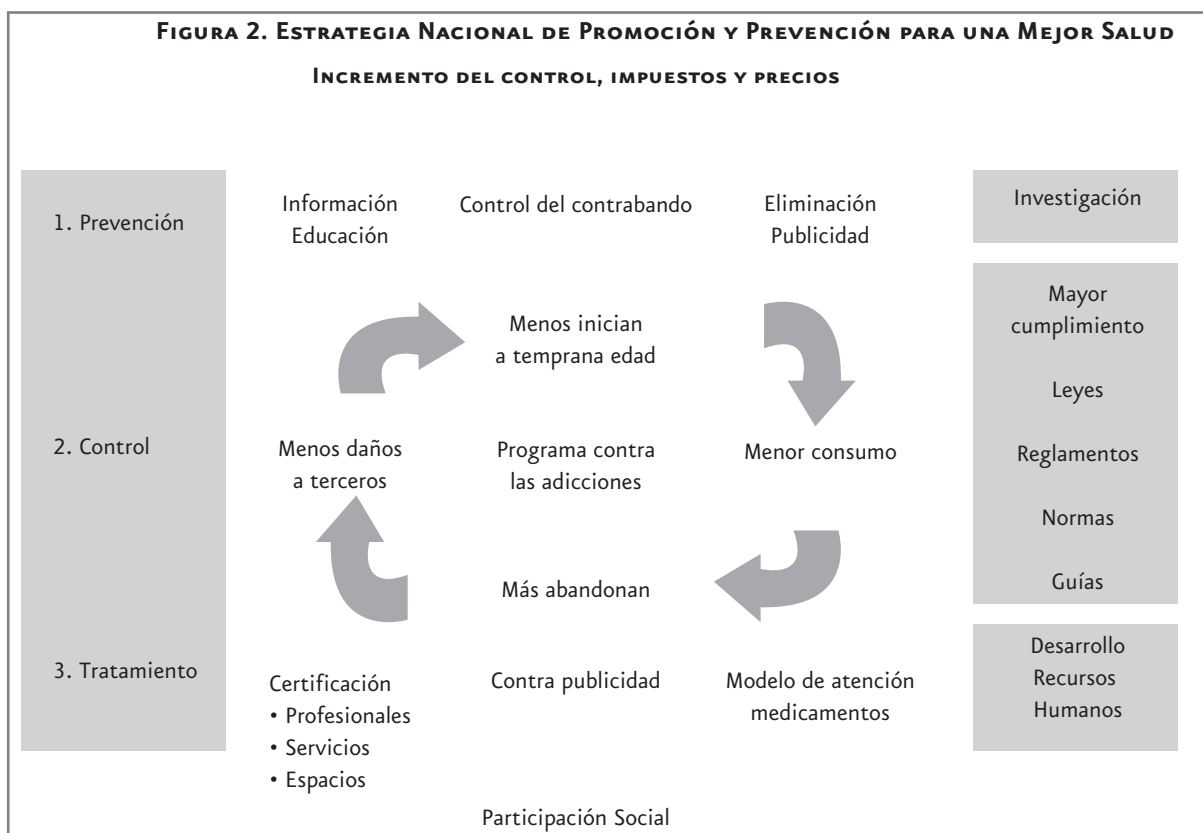
Se priorizará por tanto, la ejecución de acciones universales de prevención y promoción de la salud dirigida a población general; acciones focalizadas o selectivas para llevar a cabo el diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno a grupos de riesgo; y acciones dirigidas o indicadas para enfrentar las consecuencias por el uso de drogas, así como para la rehabilitación y prevención de recaídas en ex-usuarios, respetando la especificidad de intervenciones para cada tipo de drogas (legales e ilegales) (ver Fig. 2).

¹⁴ Hernández-Ávila, M. Presentación. Salud Pública de México, Vol.49, suplemento 2 de 2007.

¹⁵ Vázquez-Segovia, L.A., Sesma-Vázquez, S. y Hernández-Ávila, M. El consumo de tabaco en los hogares en México: resultados de la Encuesta de Ingresos y Gastos de los Hogares, 1984-2000. Salud pública Méx. [online]. [citado 2007-09-25], pp. s76-s81. Disponible en: <http://scielo.unam.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342002000700012&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0036-3634.

¹⁶ Castellanos, PL. Sistemas nacionales de vigilancia de la situación de salud según condiciones de vida y del impacto de las acciones de salud y bienestar. Borrador de trabajo. Programa análisis de la situación de salud y sus tendencias. OPS/OMS, Washington DC, 1992.

¹⁷ Moos, R.H. (1980). Social-ecological perspectives on health. En G.C. Stone, F. Cohen, & N.E. Adler (Eds.), Health psychology: A handbook (pp.523-547). San Francisco: Jossey-Bass.



Se procurará que aunadas al establecimiento de la Red de UNEMES, Centros “Nueva Vida”, las acciones para mejorar la salud previniendo el consumo de tabaco, alcohol y drogas contribuyan al abordaje de los mayores determinantes de las condiciones de la salud de la población, así como a la generación de entornos favorables a la salud de las personas y las familias. Asimismo, todas las acciones propuestas por el presente Programa de Acción girarán en torno a tres ejes rectores: la prevención, el control y el tratamiento, según se observa en la siguiente figura.

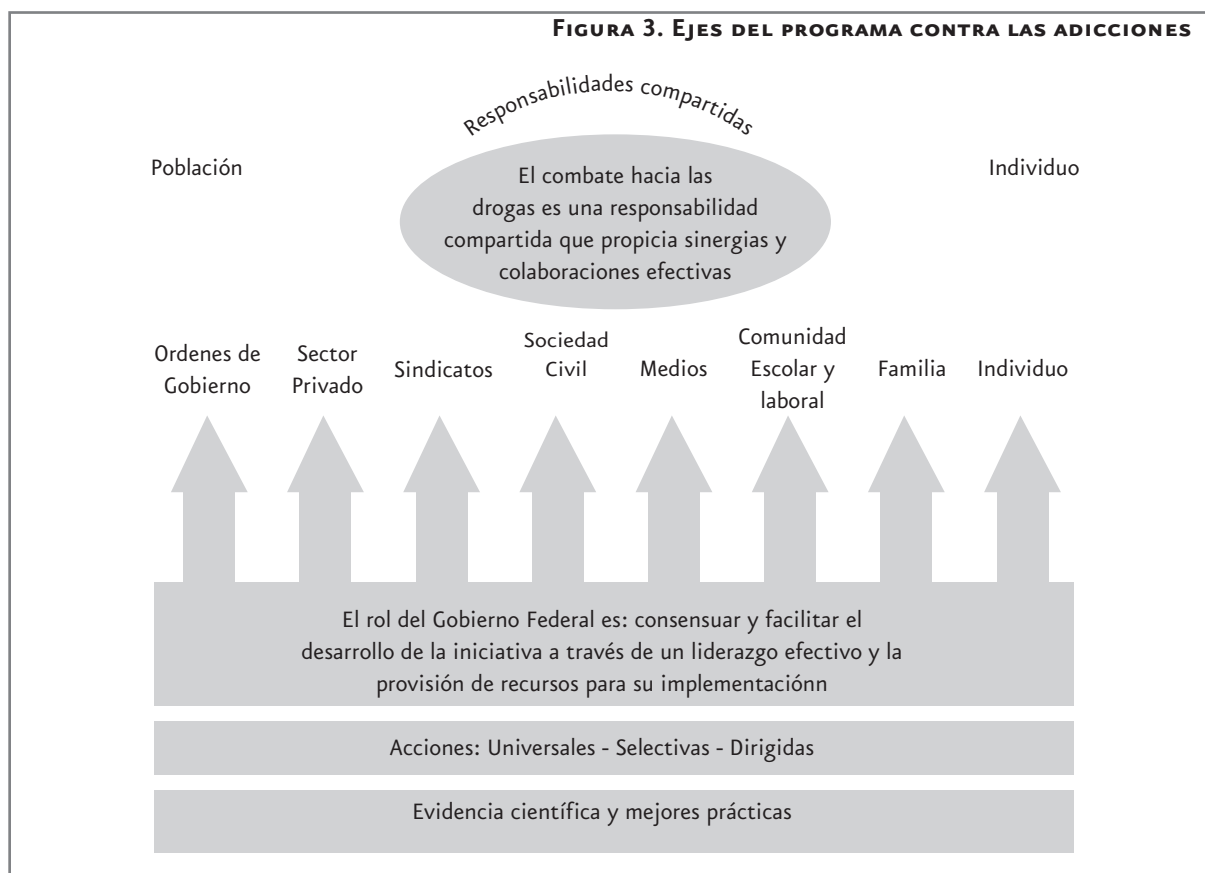
Para promover los cambios deseados en el comportamiento de los individuos y fortalecer su resiliencia hacia el uso de tabaco, bebidas con alcohol y drogas ilícitas, es necesario diseñar intervenciones preventivas y de tratamiento efectivas basadas en evidencias científicas. Brindar a las personas información accesible y suficiente sobre

los riesgos asociados al consumo de drogas, estimulará en consecuencia un cambio acorde con su capacidad de respuesta al ambiente social. A su vez, el fortalecimiento de la normatividad social, una comunidad educativa segura y el rescate de espacios de esparcimiento y de comunicación constituyen elementos importantes para promover cambios en el ambiente social y favorecer los procesos para mejorar la salud.

Las intervenciones y acciones intersectoriales del Programa de Acción dependen de la naturaleza de cada una de las adicciones en particular, por lo que su abordaje se lleva a cabo desde tres diferentes perspectivas, marcos normativos e instituciones participantes.

La evaluación del Programa se lleva a cabo acorde con la estrategia denominada Caminando a la Excelencia, que se basa en indicadores de proceso

FIGURA 3. EJES DEL PROGRAMA CONTRA LAS ADICCIONES



y de resultado que permitirán incrementar la disponibilidad de los servicios para la atención de las adicciones a través de las UNEMES Centros Nueva Vida, y promover su utilización entre toda la población. A través del fortalecimiento de la vinculación intersectorial, se pretende incidir en otros sectores que también están implicados en el combate a estas tareas, ya sea desde el ámbito educativo, legislativo, de procuración de justicia, y de los sectores público y social. La Campaña “Limpiemos México” es una estrategia paralela, en la que el sector salud participa activamente en complementariedad con el contenido de este programa.

4.2 Estructura y niveles de responsabilidad

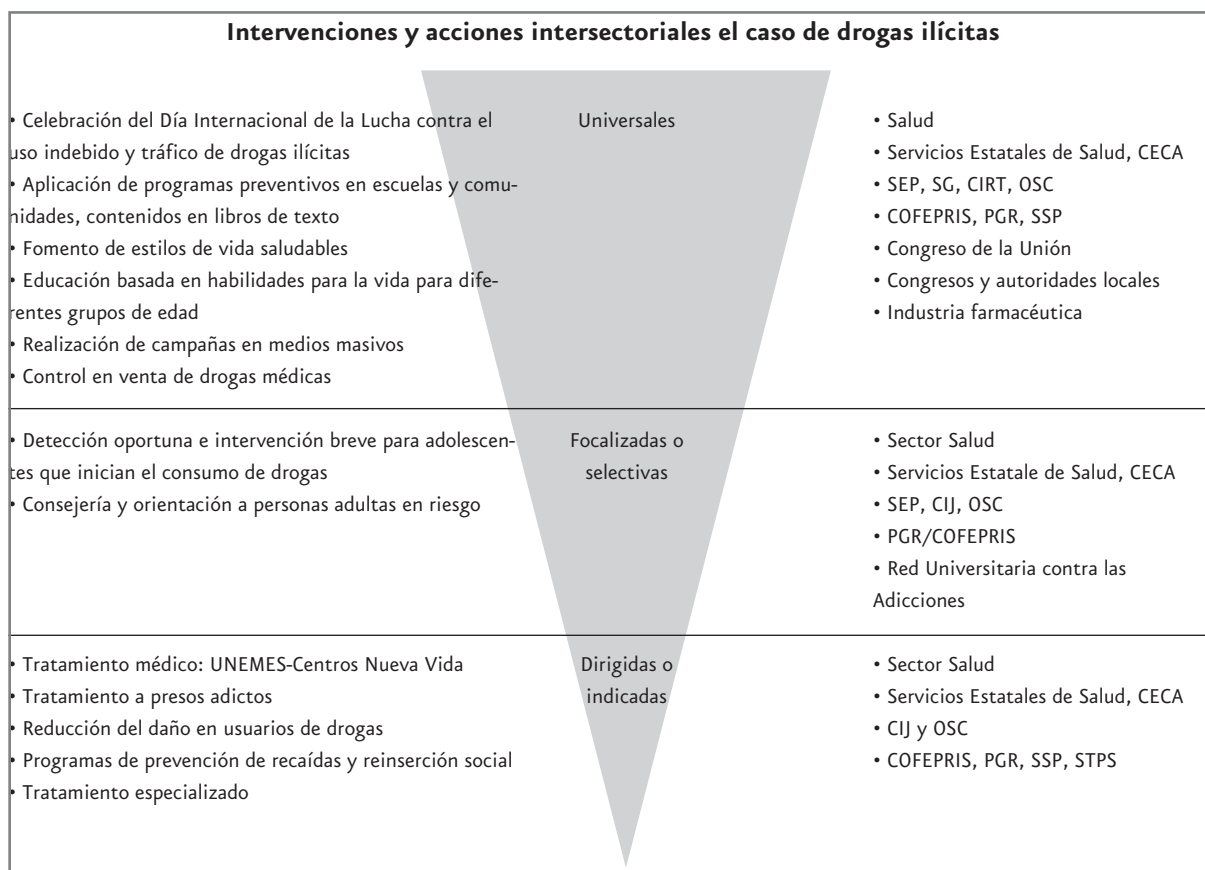
El Programa de Acción: Adicciones es responsabilidad del Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC), que depende administrativamente de

la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. Administrativamente, el CONADIC cuenta con una Dirección General (Secretariado Técnico), tres Direcciones de Área (Vinculación Sectorial, Técnica en Adicciones y de Sistemas Gerenciales), un total de siete Subdirecciones y cuatro Jefaturas de Departamento. Se opera a nivel central administrativo, y también de modo operativo a través del Centro de Orientación Telefónica (COT).

No obstante, la estructura actual del CONADIC es insuficiente tomando en cuenta las dimensiones que ha cobrado el fenómeno de las adicciones en nuestro país, por lo que para optimizar su operación en cada una de las vertientes del Programa: tabaco, bebidas con alcohol y drogas, se requiere de una estructura gerencial a nivel federal que le permita continuar promoviendo la prevención y la atención de las adicciones, en coordinación con los sectores público, social y privado.

Intervenciones y acciones intersectoriales el caso del tabaco		
• Celebrar el Día Mundial contra el Tabaquismo • Promover los lugares y escuelas libres de humo de tabaco • Aplicar programas preventivos en escuelas y comunidad, contenidos en libros de texto • Realizar campañas en medios masivos • Impulsar políticas fiscales, prohibición de promociones y publicidad • Eliminación de términos engañosos como light o mild; leyendas precautorias y pictogramas	Universales	• Salud • Servicios Estatales de Salud, CECA • COFEPRIS • CIJ, OSC y CIRT • SEP, SHCP, SG, STPS • CONADE, IMJ, Sindicatos • Congreso de la Unión • Industria tabacalera
• Vigilar la no venta a menores de edad • Detección de niños y adolescentes en riesgo de desarrollar adicciones	Focalizadas o selectivas	• Sector Salud • Sector Educativo • COFEPRIS • Servicios Estatale de Salud, CECA
• Difundir uso de líneas de orientación telefónica • Imponer leyendas precautorias y pictogramas • Consejería para dejar de fumar • Tratamiento médico: UNEMES-Centros Nueva Vida, clínicas de tabaquismo • Tratamiento especializado	Dirigidas o indicadas	• Sector Salud • Servicios Estatales de Salud, CECA • CIJ y OSC • SG/COFEPRIS

Intervenciones y acciones intersectoriales el caso de bebidas con alcohol		
• Celebración de la Semana Nacional “Compartiendo Esfuerzos” • Aplicación de programas preventivos en escuela y comunidad, contenidos en libros de texto • Realización de campañas en medios masivos • Regulación de publicidad en medios masivos • Reglamentación sobre puntos de venta y horarios • Aplicación de medidas para disminuir la disponibilidad • Control de la producción de alcohol adulterado	Universales	• Salud • Servicios Estatales de Salud, CECA • COFEPRIS • CIJ, OSC y CIRT • SEP, SHCP, SG, STPS • CONADE, IMJ, Sindicatos • Congreso de la Unión • Industria alcoholera
• Incremento en control de la venta a menores de edad • Promoción de la responsabilidad en el consumo • Aplicación de programas especiales para grupos vulnerables: indígenas, niños en situación de calle, etc. • Utilización del uso de alcoholímetros • Capacitación al personal de la industria restaurantera	Focalizadas o selectivas	• Sector Salud • Servicios Estatale de Salud, CECA • COFEPRIS • Sector Educativo • SCT, STPS • OSC, AA
• Consejería e intervenciones breves para bebedores problema • Tratamiento médico: UNEMES-Centros Nueva Vida • Vinculación con grupos de ayuda mutua (AA) • Aplicación de programas de prevención de recaídas y reinserción social • Tratamiento especializado	Dirigidas o indicadas	• Sector Salud • Servicios Estatales de Salud, CECA • CIJ, AA y OSC • SCT, STPS, DIF



Por otra parte, en cada una de las 32 entidades federativas se encuentran constituidos los Consejos Estatales contra las Adicciones (CECA), de los cuales a su vez dependen un sinnúmero de Comités Municipales contra las Adicciones (COMCA), así como las Jurisdicciones Sanitarias a cargo de los Servicios Estatales de Salud, mismos que se suman al desarrollo de las acciones contenidas en el presente Programa de Acción.

4.4 Acciones para la mejora de la gestión pública

La estructura administrativa actual del CONADIC resulta ser insuficiente para atender de manera integral todos los aspectos relacionados con la prevención y el control de las adicciones, tomando en cuenta las dimensiones que ha alcanzado este fenómeno en nuestro país. Para optimizar su operación en cada una de las vertientes del Programa: tabaco,

bebidas con alcohol y drogas, se requiere ampliar sus facultades por medio de una estructura más amplia a nivel federal (figura de Comisionado Nacional), que le permita continuar promoviendo la prevención y la atención de las adicciones, en coordinación con los sectores público, social y privado.

En este sentido, la creación de una Oficina Nacional para el Control del Tabaco es necesaria para coadyuvar en el amplio proceso que implica la aplicación de la normativa del Convenio Marco para el Control del Tabaco en nuestro país.

Asimismo, es necesario contar en el corto plazo con Guías de Práctica Clínica aplicables en el caso del tabaco, del alcohol y de las drogas, a fin de homogeneizar los procedimientos que a nivel nacional se requieren aplicar con base en la medicina basada en evidencia y en las mejores prácticas en la materia.

Cuadro 2a. Matriz de actores y niveles de responsabilidad en Adicciones: Tabaco

Estrategias	Rectoría						Operación		
	CONADIC	COFEPRIS	SEP	SG, SHCP	INER	OSC, CIJ	SESA	CECA	COMCA
1. Asegurar el desarrollo de acciones universales contra las adicciones principalmente en aquellos municipios considerados como prioritarios para el Sistema Nacional de Salud									
2. Elevar la calidad y profesionalizar los servicios de atención residencial mediante acciones de asesoría, supervisión y apoyo, para que los establecimientos actúen bajo la normatividad establecida, brindando a usuarios de drogas y sus familias una atención que transforme la visión de castigo y culpabilidad a un concepto integral de tratamiento y desarrollo personal									
3. Asegurar la sustentabilidad y permanencia de los esfuerzos orientados a reducir la demanda de drogas, aplicando el modelo de atención integral en los procedimientos para la detección, orientación, consejería y tratamiento en adicciones									
4. Asegurar la disponibilidad de servicios de atención integral oportuna para el tratamiento y la reintegración social del adicto con criterios de calidad y calidez, a través de una Red de Unidades Médicas de Alta Especialidad, Centros de Atención Primaria de las Adicciones “Nueva Vida” (CAPA)									
5. Operar a nivel nacional un sistema integral para el tratamiento de las adicciones, mediante el establecimiento de una red de servicios especializados que cumplan tareas preventivas, de detección temprana, tratamiento y rehabilitación									
6. Garantizar el flujo de información actualizada, proveniente de diferentes fuentes, para mantener una visión integral de aspectos epidemiológicos, desarrollo de estrategias de prevención, tratamiento y demás aspectos significativos necesarios para la toma de decisiones y el diseño de políticas públicas									

 Propietario
  Participantes

Cuadro 2b. Matriz de actores y niveles de responsabilidad en Adicciones: Alcohol

Estrategias	Rectoría						Operación		
	CONA-DIC	COFEPRIS	SEP	SG, SHCP	AA	OSC, CIJ	SESA	CECA	COMCA
1. Asegurar el desarrollo de acciones universales contra las adicciones principalmente en aquellos municipios considerados como prioritarios para el Sistema Nacional de Salud									
2. Elevar la calidad y profesionalizar los servicios de atención residencial mediante acciones de asesoría, supervisión y apoyo, para que los establecimientos actúen bajo la normatividad establecida, brindando a usuarios de drogas y sus familias una atención que transforme la visión de castigo y culpabilidad a un concepto integral de tratamiento y desarrollo personal									
3. Asegurar la sustentabilidad y permanencia de los esfuerzos orientados a reducir la demanda de drogas, aplicando el modelo de atención integral en los procedimientos para la detección, orientación, consejería y tratamiento en adicciones									
4. Asegurar la disponibilidad de servicios de atención integral oportuna para el tratamiento y la reintegración social del adicto con criterios de calidad y calidez, a través de una Red de Unidades Médicas de Alta Especialidad, Centros de Atención Primaria de las Adicciones “Nueva Vida” (CAPA)									
5. Operar a nivel nacional un sistema integral para el tratamiento de las adicciones, mediante el establecimiento de una red de servicios especializados que cumplan tareas preventivas, de detección temprana, tratamiento y rehabilitación									
6. Garantizar el flujo de información actualizada, proveniente de diferentes fuentes, para mantener una visión integral de aspectos epidemiológicos, desarrollo de estrategias de prevención, tratamiento y demás aspectos significativos necesarios para la toma de decisiones y el diseño de políticas públicas									



Propietario



Participantes

Cuadro 2c. Matriz de actores y niveles de responsabilidad en Adicciones: Drogas

Estrategias	Rectoría						Operación		
	CONADIC	COFEPRIS	SEP	PGR	SG, SHCP	OSC, CIJ	SESA	CECA	COMCA
1. Asegurar el desarrollo de acciones universales contra las adicciones principalmente en aquellos municipios considerados como prioritarios para el Sistema Nacional de Salud									
2. Elevar la calidad y profesionalizar los servicios de atención residencial mediante acciones de asesoría, supervisión y apoyo, para que los establecimientos actúen bajo la normatividad establecida, brindando a usuarios de drogas y sus familias una atención que transforme la visión de castigo y culpabilidad a un concepto integral de tratamiento y desarrollo personal									
3. Asegurar la sustentabilidad y permanencia de los esfuerzos orientados a reducir la demanda de drogas, aplicando el modelo de atención integral en los procedimientos para la detección, orientación, consejería y tratamiento en adicciones									
4. Asegurar la disponibilidad de servicios de atención integral oportuna para el tratamiento y la reintegración social del adicto con criterios de calidad y calidez, a través de una Red de Unidades Médicas de Alta Especialidad, Centros de Atención Primaria de las Adicciones “Nueva Vida” (CAPA)									
5. Operar a nivel nacional un sistema integral para el tratamiento de las adicciones, mediante el establecimiento de una red de servicios especializados que cumplan tareas preventivas, de detección temprana, tratamiento y rehabilitación									
6. Garantizar el flujo de información actualizada, proveniente de diferentes fuentes, para mantener una visión integral de aspectos epidemiológicos, desarrollo de estrategias de prevención, tratamiento y demás aspectos significativos necesarios para la toma de decisiones y el diseño de políticas públicas									

 Propietario
  Participantes

Del mismo modo, es de suma importancia diseñar e instrumentar el Sistema de Registro Epidemiológico Nacional de las Adicciones, el cual sea de utilidad para abatir los costos en la determinación de las estadísticas nacionales, precisar la prevalencia del fenómeno a nivel nacional y planear las políticas más eficientes que posibiliten en el largo plazo abatir los niveles de incidencia y prevalencia del consumo, incrementar las edades de inicio (revertir tendencias), reducir la morbilidad y la mortalidad asociadas, así como contribuir con la disminución de gasto en salud.



5. Evaluación y rendición de cuentas



5.1 Sistema de monitoreo y seguimiento

Para evaluar el desarrollo del programa de acción 2007-2012, se han considerado dos niveles de análisis y seguimiento de su aplicación, siendo los siguientes:

1. Aplicación de instrumentos de evaluación en función de las metas establecidas, señalando sus respectivos indicadores de realización y materiales probatorios. Este primer instrumento tiene las características de un reporte de actividades y mide principalmente la ejecución del programa planeado y ciertos impactos esperados como serían la participación, los contextos de realización de la tarea y una narración descriptiva.
2. En un segundo nivel, se trata de realizar una evaluación de procesos clave e identificar el conjunto de obstáculos frente a la realización de la tarea y cumplimiento de los objetivos planeados, de tal forma, que sea posible realizar modificaciones al programa y encontrar soluciones a los problemas identificados.

De esta manera, se establecen los siguientes instrumentos y procedimiento para la aplicación del sistema de monitoreo y seguimiento:

- Expediente electrónico. Es un sistema de manejo de la información virtual a partir de cual será posible capturar toda la información que se genere durante la aplicación del programa de acción en forma inmediata. Este sistema permitirá contar con información actualizada de manera permanente, lo que brindará datos de análisis, fundamentales para la toma de decisiones en todos los niveles de aplicación del programa de acción.
- Instrumento de seguimiento y avance programático. No toda la información que se genere en la aplicación del programa de acción se encuentra incluida en el expediente electrónico, motivo por el cual, el STCONADIC construirá un apartado al expediente electrónico que incluya la información adicional necesaria para su buen funcionamiento. Este apartado contendrá infor-

Cuadro 4a. Metas de Proceso para el Período 2007-2012 por entidad federativa: Garantizar que al menos el 43% de los municipios prioritarios en todo el país, cuente con acciones contra las adicciones

Indicador 1. Porcentaje de municipios prioritarios por estado que cuenta con acciones contra las adicciones

Entidad Federativa	Línea Base (2007)		Metas período 2007-2012 (%)					
	Numerador: Número de municipios prioritarios que cuentan con acciones contra las adicciones	Denominador Número total de municipios prioritarios	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Aguascalientes	3	11	27	45	63	81	90	100
Baja California	5	5	100	100	100	100	100	100
Baja California Sur	3	6	30	50	65	80	100	100
Campeche	3	11	30	50	85	5	5	100
Coahuila	7	14	50	55	60	65	70	80
Colima	2	10	20	70	100	100	100	100
Chiapas	4	20	20	30	40	56	60	70
Chihuahua	13	13	100	100	100	100	100	100
Distrito Federal	3	16	20	30	40	56	60	70
Durango	14	39	36	50	65	70	85	100
Guanajuato	8	18	44	60	65	70	80	100
Guerrero	7	14	50	70	80	85	90	100
Hidalgo	13	13	100	100	100	100	100	100
Jalisco	21	126	60	80	90	60	80	85
México	20	40	50	55	60	65	70	75
Michoacán	40	113	35	45	55	65	75	85
Morelos	4	13	30	46	61	69	84	100
Nayarit	6	20	30	50	75	85	95	100
Nuevo León	39	51	77	80	85	90	95	100
Oaxaca	60	300	20	30	40	50	60	70
Puebla	130	217	60	10	30	60	10	30
Querétaro	9	18	50	30	40	65	80	90
Quintana Roo	6	8	75	100	100	100	100	100
San Luis Potosí	14	46	30	47	60	76	86	100
Sinaloa	5	18	27	40	50	70	90	100
Sonora	10	12	83	100	100	100	100	100
Tabasco	17	17	100	100	100	100	100	100
Tamaulipas	43	43	100	100	100	100	100	100
Tlaxcala	2	6	25	50	75	100	100	100
Veracruz	5	11	45	45	60	80	100	100
Yucatán	10	20	77	80	83	86	89	92
Zacatecas	3	13	30	50	60	80	90	100
Total	529	1282	41.26	43.99	71.46	71.15	82.62	92.09
# acumulado de municipios priorita- rios con acciones			529	564	916	912	1059	1180

Cuadro 4b. Metas de Proceso para el Período 2007-2012 por entidad federativa: Garantizar que el 44% de las unidades de tratamiento residencial en el país, cumplan con los requisitos básicos para la atención de las adicciones, de acuerdo con la NOM-028-SSA2-1999 para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones.

Indicador 2. Porcentaje de unidades de tratamiento residencial que cumplen con los requisitos básicos para la atención de las adicciones, de acuerdo con la NOM-028-SSA2-1999 para la Prev., Trat. y Control de las Adicciones

Entidad Federativa	Línea Base (2007)		Metas período 2007-2012 (%)					
	Numerador: Número de Unidades de tratamiento residencial reconocidas en atención de adicciones	Denominador Número total de Uni- dades de tratamiento residencial en aten- ción de adicciones	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Aguascalientes	0	26	26	30	34	38	42	46
Baja California	164	164	100	100	100	100	100	100
Baja California Sur	2	6	30	90	0	0	0	0
Campeche	0	9	0	30	50	70	90	100
Coahuila	10	25	40	50	50	25	25	80
Colima	5	32	15	30	40	50	60	70
Chiapas	35	175	20	30	40	56	60	70
Chihuahua	108	108	100	100	100	100	100	100
Distrito Federal	72	360	20	30	40	56	60	70
Durango	2	31	6	13	20	26	32	40
Guanajuato	6	18	37	40	50	60	80	100
Guerrero	18	45	40	50	65	75	95	100
Hidalgo	8	22	36	50	70	80	90	100
Jalisco	40	81	50	60	70	75	80	85
México	6	59	10	40	70	100	100	100
Michoacán	1	53	2	25	50	70	90	100
Morelos	28	70	40	42	50	52	57	64
Nayarit	0	23	0	25	50	75	95	100
Nuevo León	28	28	100	100	100	100	100	100
Oaxaca	5	27	20	30	40	40	50	60
Puebla	15	100	15	30	50	70	90	100
Querétaro	15	32	47	10	30	50	65	90
Quintana Roo	2	18	11	20	30	50	70	100
San Luis Potosí	9	26	34	40	45	50	60	70
Sinaloa	20	93	21	30	45	60	80	90
Sonora	0	87	0	15	29	32	35	40
Tabasco	20	100	20	38	55	70	85	100
Tamaulipas	8	10	100	100	100	100	100	100
Tlaxcala	6	12	50	80	100	100	100	100
Veracruz	27	27	100	100	100	100	100	100
Yucatán	1	11	10	20	30	40	50	60
Zacatecas	0	20	0	30	35	40	50	60
Total	661	1898	34.82	44.47	54.31	62.8	71.59	84.21
# acumulado de uni- dades de tratamiento que cumplen la NOM			661	844	1030	1180	1358	1598

Cuadro 4c. Meta de Proceso para el Período 2007-2012 por entidad federativa: Garantizar que al menos el 44% de las unidades básicas de primer nivel de la Secretaría de Salud en el país, aplique los procedimientos para la detección, orientación y consejería en materia de adicciones

Indicador 3. Porcentaje de unidades básicas de primer nivel de la Secretaría de Salud en el país, que aplica los procedimientos para la detección, orientación y consejería en materia de adicciones

Entidad Federativa	Línea Base (2007)		Metas período 2007-2012 (%)					
	Numerador: Número de unidades Básicas de Salud (primer nivel) que aplican procedimientos para la detección, orientación y consejería en materia de adicciones	Denominador Número total de Uni- dades Básicas de Salud (primer nivel)	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Aguascalientes	82	82	100	100	100	100	100	100
Baja California	116	116	100	100	100	100	100	100
Baja California Sur	4	62	6	14	14	14	14	0
Campeche	0	150	0	20	40	60	80	100
Coahuila	2	220	1	50	60	70	80	90
Colima	7	115	6	40	80	100	100	100
Chiapas	160	800	20	30	40	56	60	70
Chihuahua	84	210	40	60	80	90	100	100
Distrito Federal	41	206	20	30	40	56	60	70
Durango	9	175	5	15	30	50	75	100
Guanajuato	444	570	78	80	85	90	95	100
Guerrero	350	971	36	50	60	70	80	90
Hidalgo	17	84	20	40	50	70	90	100
Jalisco	74	295	25	30	40	50	60	70
México	29	295	10	30	50	80	100	100
Michoacán	8	100	8	30	50	70	90	100
Morelos	0	204	0	20	40	60	80	100
Nayarit	96	192	50	70	80	90	100	100
Nuevo León	105	421	25	35	40	50	60	70
Oaxaca	132	659	20	30	40	50	60	70
Puebla	52	517	10	30	50	70	90	100
Querétaro	89	190	47	30	40	60	90	100
Quintana Roo	21	159	13	25	40	60	80	100
San Luis Potosí	88	176	50	60	70	80	90	100
Sinaloa	11	270	4	25	40	60	70	80
Sonora	0	200	0	10	15	20	30	40
Tabasco	39	493	8	20	40	60	80	100
Tamaulipas	63	252	25	80	100	100	100	100
Tlaxcala	169	169	100	100	100	100	100	100
Veracruz	594	791	75	80	90	100	100	100
Yucatán	68	169	40	50	60	70	80	90
Zacatecas	52	129	40	50	60	70	80	90
Total	3006	9442	31.83	44.84	57.0	69.56	80.43	88.43
# acumulado de unidades básicas de salud que aplican procedimientos			3006	4234	5382	6568	7594	8350

Cuadro 4d. Metas de Indicadores de Resultado para el Período 2007-2012 por entidad federativa: Otorgar 524,400 consultas de 1ª. vez para la prevención y tratamiento de las adicciones en las UNEMES Centros Nueva Vida.

Indicador 1. Consultas de 1a. vez para la prevención y tratamiento de las adicciones en los Centros Nueva Vida

Entidad Federativa	Línea Base (2007-2008)		Meta Anual 2008-2012		Metas período 2007-2012 (%)					
	Total UNE-MES por entidad	No. Consultas 1ª. vez	Total UNE-MES por entidad	No. Consultas 1ª. vez	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Aguascalientes	1	400	3	1200	0	33	100	100	100	100
Baja California	1	400	12	4800	0	8	100	100	100	100
Baja California Sur	2	800	6	2400	0	33	100	100	100	100
Campeche	0	0	4	1600	0	0	100	100	100	100
Coahuila	1	400	7	2800	0	14	100	100	100	100
Colima	1	400	3	1200	0	33	100	100	100	100
Chiapas	1	400	8	3200	0	12	100	100	100	100
Chihuahua	2	800	10	4000	0	20	100	100	100	100
Distrito Federal	0	0	32	12800	0	0	100	100	100	100
Durango	1	400	4	1600	0	25	100	100	100	100
Guanajuato	1	400	9	3600	0	11	100	100	100	100
Guerrero	1	400	10	4000	0	10	100	100	100	100
Hidalgo	0	0	3	1200	0	0	100	100	100	100
Jalisco	0	0	21	8400	0	0	100	100	100	100
México	4	1,600	30	12000	0	13	100	100	100	100
Michoacán	0	0	4	1600	0	0	100	100	100	100
Morelos	2	800	6	2400	0	33	100	100	100	100
Nayarit	2	800	6	2400	0	33	100	100	100	100
Nuevo León	1	400	22	8800	0	4	100	100	100	100
Oaxaca	1	400	7	2800	0	14	100	100	100	100
Puebla	0	0	9	3600	0	0	100	100	100	100
Querétaro	0	0	6	2400	0	0	100	100	100	100
Quintana Roo	2	800	7	2800	0	29	100	100	100	100
San Luis Potosí	2	800	7	2800	0	29	100	100	100	100
Sinaloa	3	1,200	8	3200	0	37	100	100	100	100
Sonora	1	400	10	4000	0	10	100	100	100	100
Tabasco	1	400	7	2800	0	14	100	100	100	100
Tamaulipas	2	800	16	6400	0	12	100	100	100	100
Tlaxcala	0	0	4	1600	0	0	100	100	100	100
Veracruz	2	800	17	6800	0	12	100	100	100	100
Yucatán	1	400	6	2400	0	17	100	100	100	100
Zacatecas	2	800	6	2400	0	33	100	100	100	100
Total	38	15,200	321	128400	0	2.96	100	100	100	100
# acumulado de consultas de 1ª. vez otorgadas en las UNEMES					0	15200	139200	267600	396000	524400

mación relevante respecto a programas como Caminando a la excelencia, datos que sustituyan a los actuales reportes trimestrales de los CECAS, y otros indicadores requeridos por las diferentes instancias de la Secretaría de Salud.

- Visitas integrales. Estas visitas integrales consisten en un trabajo presencial a través del cual la dirección técnica, la dirección de vinculación y la dirección de sistemas gerenciales del STCONADIC fortalecerán el desarrollo del plan de acción mediante reuniones de análisis y evaluación de procesos, así como atención a necesidades de gestión.

5.2 Evaluación de Resultados

Evaluar significa realizar un ejercicio de análisis sobre el cumplimiento de los objetivos, o bien, de la diferencia de los resultados logrados respecto a los esperados. En este sentido, evaluar es medir un proceso, el desempeño de un programa, comparar lo programado con lo realizado y establecer un juicio sobre esta diferencia. También significa medir si se están cubriendo las necesidades de la población objetivo a través de la percepción de la calidad de los servicios recibidos en función de sus necesidades. Entonces una evaluación periódica, nos permite hacer cortes en el proceso de ejecución para averiguar si se están cumpliendo los objetivos o nos estamos desviando de lo previsto. Esta es la utilidad de la evaluación de resultados para tomar decisiones a tiempo para corregir procesos.

Para el programa de acción 2007-2012, la evaluación de resultados se realizará a través de un proceso de verificación de las acciones programadas y las acciones realizadas para así identificar el nivel de ejecución del programa de acción, así como el alcance logrado en las metas de proceso por estrategia y la meta del objetivo general, por lo tanto se trata de una evaluación cuantitativa y cualitativa del programa de acción en función de objetivos y de resultados en el tiempo. En este sentido, se han establecido un sistema de evaluación que tiene el propósito de dar cuenta del proceso de aplicación y estará en función de lo siguiente:

Evaluación de cumplimiento de metas

Meta de Proceso 1: Garantizar que al menos el 60% de los municipios prioritarios en todo el país, cuente con acciones contra las adicciones.

Meta de Proceso 2: Garantizar que el 43% de las unidades de tratamiento residencial en el país, cumplen con los requisitos básicos para la atención de las adicciones, de acuerdo con la NOM-028-SSA2-1999 para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones.

Meta de Proceso 3: Garantizar que al menos el 45% de las unidades básicas de primer nivel de la Secretaría de Salud en el país, aplique los procedimientos para la detección, orientación y consejería en materia de adicciones.

Meta de Resultado 1: Otorgar 15,200 consultas de 1a. vez para la prevención y tratamiento de las adicciones en los Centros Nueva Vida.

- Evaluación de operación institucional. Se refiere a la infraestructura de STCONADIC, sus recursos humanos, capital social, nivel de articulación intersectorial, coordinación y difusión.
- Evaluación de impacto. Se refiere al resultado de la operación de los programas y a los cambios en cuanto al objetivo planteado.

Evaluación de indicadores

El Programa Sectorial de Salud 2007-2012 ha establecido en su objetivo 1: “Mejorar las condiciones de salud” y para su cumplimiento, en materia de adicciones, se propone una sola meta estratégica (Meta 1.4) que consiste en disminuir en 10% la prevalencia de consumo, por primera vez, de drogas ilegales en la población de 12 a 17 años de edad. Es necesario mencionar que respecto al mecanismo de evaluación de esta meta y la verificación de su cumplimiento, se contará con tres referencias comparativas para observar la variación de la prevalencia mencionada:

- La prevalencia obtenida en la Encuesta Nacional de Adicciones 2002, bajo la cual se estableció la meta del presente Programa de Acción Específica 2007-2012 y que es de 3.1, en donde 0.7 corresponde a las mujeres y 2.4 a los varones.
- La prevalencia que resulte de la aplicación de la Encuesta Nacional de Adicciones 2008.
- La prevalencia que resulte de la aplicación de la Encuesta Nacional de Adicciones consecutiva.

De esta manera, se obtendrá evidencia científica para evaluar el nivel de cumplimiento de los objetivos trazados desde la Secretaría de Salud.

Aunado a lo anterior, el Secretariado Técnico del Consejo Nacional contra las Adicciones (STCONADIC), la Secretaría de Promoción y Prevención de la Salud (SPPS) y la Secretaría de Salud (SS), regidos por el principio de transparencia y rendición de cuentas, han establecido un indicador de resultado que nos permita medir el desempeño en el corto plazo y hacer cortes trimestrales.

En este sentido, la meta y el indicador acorde a la estrategia y que traduce, en forma clara y mensurable, el nivel de cumplimiento de los objetivos, son los siguientes:

Nombre del indicador: Participación de Adolescentes en Acciones de Prevención a las Adicciones.

Meta: Participación del 40% de adolescentes en el país de entre 12 y 17 años de edad en acciones de prevención a las adicciones.

Formula:

$$\text{Indicador} = \frac{\text{Adolescentes que participan en acciones de prevención}}{\text{Total de adolescentes en el país}} \times 100$$

En base a este indicador tendremos un panorama de la cobertura de impacto de las acciones de prevención promovidas por STCONADIC en cuanto al total de adolescentes en el país y el número de adolescentes atendidos con acciones preventivas. Las acciones de

prevención consideradas en esta planeación son universales, selectivas e indicadas, y van desde proporcionar información y orientación en la materia, pasando por la detección temprana, a través de pruebas de tamizaje en escuelas, hasta la consejería, intervenciones breves y derivación a tratamiento integral, además del trabajo con redes sociales.

Adolescentes que participan en acciones preventivas/Total de adolescentes en el país de 12 a 17 años x 100

Año	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Adolescentes participantes	116,859	703,647	1,603,721	2,660,438	3,873,798	5,086,706
Total de adolescentes	12,907,716	12,882,420	12,842,640	12,872,543	12,725,935	12,716,767
Indicador de avance	0.90%	5.46%	12.48%	20.66%	30.44%	40.00%

La planeación prevista para el logro de la meta y avance anual del indicador es la siguiente:

Aunado a lo anterior, el STCONADIC ha establecido otros indicadores de proceso y resultados que se han considerado para medir el desempeño y son los siguientes:

Indicador de Proceso 1: Porcentaje de municipios prioritarios por estado que cuenta con acciones contra las adicciones.

Indicador de Proceso 2: Porcentaje de unidades de tratamiento residencial que cumplen con los requisitos básicos para la atención de las adicciones, de acuerdo con la NOM-028-SSA2-1999 para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones.

Indicador de Proceso 3: Porcentaje de unidades básicas de primer nivel de la Secretaría de Salud en el país, que aplica los procedimientos para la detección, orientación y consejería en materia de adicciones.

Indicador de Resultado 1: Consultas de 1a. vez para la prevención y tratamiento de las adicciones en los Centros Nueva Vida.

6. Bibliografía

- Alonso, C. Cembranos, F. Lamata, R. y Medina, JA. Programa integral de desarrollo educativo. Madrid: Fundación de Ayuda contra la Drogadicción. PIDE. 2001.
- Álvarez, FJ. y Del Río, MC. Farmacología del alcohol. En: G. Rubio y J. Santo-Domingo (coord). Curso de especialización en alcoholismo. Unidad 2. Madrid: Fundación de Ayuda contra la Drogadicción. 2001.
- Alvira, F. Manual para la Elaboración y Evaluación de Programas de Prevención del Abuso de Drogas. Madrid: Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid; 1999.
- American Psychiatric Association 1995. DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson; 2002.
- Ayala H., Echeverría L. Autocontrol Dirigido: Intervenciones breves para bebedores excesivos de alcohol en México. Revista Mexicana de Psicología. 1997; Vol 14(2):113-127.
- Ballard, R. School based drug-abuse prevention. A literature review. Vienna: UNDCP (documento no publicado). 2002.
- Camí, J. Las sustancias. Farmacología. En: Grupo Igia (coord). Contextos, sujetos y drogas: Un manual sobre drogodependencias. Madrid: Ayuntamiento de Barcelona y Fundación de Ayuda contra la Drogadicción; 2000.
- Cano-Valle, F. Día Mundial sin Tabaco 2007. Rev Inst Nal Enf Resp Méx. 2007; Vol 20 (2) Abril-Junio: 99-100.
- Carreño S, Medina-Mora ME, Ortiz A, Natera G, Tiburcio M, Vélez A: Modelo de prevención del uso de alcohol, tabaco y otras drogas en el lugar de trabajo. Modelos preventivos. CONADIC. 2003;14-21.
- Castanyer, O. La asertividad. Expresión de una sana autoestima. Bilbao: Descleé de Brouwer; 1996.
- Castellanos, PL. Sistemas nacionales de vigilancia de la situación de salud según condiciones de vida y del impacto de las acciones de salud y bienestar. Borrador de trabajo. Programa análisis de la situación de salud y sus tendencias. OPS/OMS, Washington DC, 1992.
- CEPS, Materiales elaborados para los talleres del Curso: Calidad en Prevención: Avances Teóricos e Instrumentos Prácticos (Documento no publicado)
- Consejo Nacional contra las Adicciones: Modelos preventivos. CONADIC. 2003; 56.
- Convención Única sobre Estupefacientes de 1961, enmendada en el protocolo de 1972; Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971. La Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas de 1988. Declaración de Principios Rectores de la Reducción de la Demanda de Drogas, adoptada en junio de 1998 durante el vigésimo período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre Drogas y el Convenio Marco para el Control del Tabaco.
- Cruzado, J.A, Labrador, F., Cruzado, J.A, y Muñoz. Técnicas de modelado. Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta. Madrid: Ediciones Pirámide; 1995.
- CSAP, Prevention Primer. An Encyclopedia of alcohol, tobacco, and other drug prevention terms. Rockville: National Clearinghouse for Alcohol and Drug Information; 1993.
- CSAP, Prevention works. A practitioner's Guide to Achieving Outcomes. Rockville: SAMHSA; 2001.
- Glindemann KE, Geller ES, Chevaillier CR, Pettinger CB. A community-based feedback process for disseminating pedestrian BAC levels. En: Shore er y Ferrari JR Editors. Preventing drug driving. Binghampton: The Haworth Press; 1998.
- Graña, J.L. Conductas Adictivas. Teoría, Evaluación y Tratamiento. Madrid: Debate; 1994.
- Hawe P, Degeling D, Hall J. Evaluación en Promoción de la Salud. Guía para Trabajadores de la Salud. Barcelona: Ediciones Masson; 1993.
- Hernández-Ávila, M. Presentación. Salud Pública Méx. Vol. 49 suppl. (2), pp- s129-130;2007.
- Hoffman, L, Paris, S. y Hall, E. Psicología del desarrollo hoy. Madrid: McGraw-Hill; 1995.
- IMSS. En México mueren más de 55 mil fumadores al año. Boletín del Instituto Mexicano del Seguro Social. No. 246;2007.
- Last, J.M. Diccionario de Epidemiología. Barcelona: Salvat Editores SA; 1989.
- Luengo, M.A., Romero, E., Gómez, J.A., Lence, M. La prevención del consumo de drogas y la conducta

- antisocial en la escuela: análisis y evaluación de un programa. Madrid: Ministerio del Interior; 1999.
- McKay, M. y Fanning, P. Autoestima. Evaluación y Mejora. Barcelona: Martínez Roca; 1991.
- Medina-Mora ME. Discurso en distinción a La Mujer del Año 2006. Museo Nacional de Antropología e Historia. México; 2006.
- Moos, R.H. Social-ecological perspectives on health. En: G.C. Stone, F. Cohen, & N.E. Adler (Eds.), *Health psychology: A handbook*, 523-547 San Francisco: Jossey-Bass; 1980.
- Natera, G. Una estrategia para apoyar a los familiares que tienen problemas por el consumo de alcohol y drogas. Un enfoque para la promoción de la salud. En: García M (Eds.), *Salud Comunitaria y Promoción de la Salud*. ICEPSS: (Eds.) España; 1999.
- Olivares, J. y Méndez, F.X. Técnicas de modificación de conducta 2ª Ed., Madrid: Biblioteca Nueva; 1999.
- Rehm J, Monteiro M, Room R, Gmel G, Jerningan D, Frick U, Graham K: Steps towards constructing a global comparative risk analysis for alcohol consumption: determining indicators and empirical weights for patterns of drinking, deciding about theoretical minimum, and dealing with different consequences. *European Addiction Research*, 2001; Vol 7(138-47).
- Rodríguez-Martos, A. Curso de formación sobre prevención y tratamiento del alcoholismo. Barcelona: Ediciones Doyma; 2001.
- Sanz, Alonso, et al. Prevención de la A a la Z. Glosario sobre prevención del abuso de drogas, CEPs: Madrid; 2004.
- Sevillano, M.L. y Rubio, G. Conceptos básicos sobre problemas relacionados con el alcohol. Diagnóstico e instrumentos de evaluación. En: G. Rubio y J. Santo-Domingo (coord). Curso de especialización en alcoholismo. Madrid: Fundación de Ayuda contra la Drogadicción, Unidad 4; 2001.
- Stahl, S.M. Psicofarmacología esencial. Bases neurocientíficas y aplicaciones clínicas. Barcelona: Ariel; 1998.
- Tapia-Conyer, R., Kuri, P., Cravioto, P., Galván, F., Jiménez, B., Cortés, M., Medina-Mora, ME, Villatoro, J. Encuesta Nacional de Adicciones 2002, Capítulo Tabaco. Consejo Nacional contra las Adicciones, CONADIC, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, INPRFM, Dirección General de Epidemiología, DGE, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, INEGI. México; 2002.
- UNDCP. Demand Reduction. A glosary of terms. New York: United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention; 2000.
- Vázquez-Segovia, L.A., Sesma-Vázquez, S. y Hernández-Ávila, M. El consumo de tabaco en los hogares en México: resultados de la Encuesta de Ingresos y Gastos de los Hogares, 1984-2000. *Salud Pública Méx.* [online]. [citado 2007-09-25], pp. s76-s81. Disponible en: <http://scielo.unam.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342002000700012&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0036-3634.
- Villatoro, J., Gutiérrez, M., Quintero, N., Moreno, M., Gaytán, L., Gaytán, F., Amador, N. y Medina-Mora, M.E. Encuesta de Consumo de Drogas en Estudiantes 2006. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, México; 2007.
- WHO. Lexicon of alcohol and drug terms. Genova: World Health Organization 1994.
- World Health Organization: Global Status Report on Alcohol. Ginebra, Suiza 1999; 391.

7. Glosario de Términos, Acrónimos y Sinónimos

A

Abstinencia. Resultado de evitar el consumo de drogas, ya sea por motivos de salud, personales, religiosos, morales, legales, etc. Frecuentemente, en encuestas o trabajos de investigación, el “abstinente” es definido como una persona que no ha consumido drogas en un determinado período anterior (por Ej., 3, 6 ó 12 meses), si bien es necesario ser cuidadoso con la definición que en cada caso se hace de este término ya que, en ocasiones, las personas que han consumido drogas una o dos veces en un año son también considerados abstinentes. UNDCP, 2000; APA, 1995.

Abuso de sustancias psicoactivas (Substance abuse). La característica esencial del abuso de sustancias consiste en un patrón desadaptativo de consumo de sustancias psicoactivas manifestado por consecuencias adversas significativas y recurrentes relacionadas con el consumo repetido de drogas. APA, 1995.

Adicción. Uso repetido de una o varias sustancias psicoactivas, hasta el punto de que el usuario (denominado adicto) está periódica o crónicamente intoxicado, muestra una compulsión a tomar una o varias sustancias, tiene gran dificultad para abandonar el consumo o modificar el uso de esas sustancias y trata de obtenerlas casi por cualquier medio. Generalmente se produce tolerancia y puede aparecer síndrome de abstinencia cuando se interrumpe el consumo. WHO, 1994; y Stahl, 1998.

Alcoholemia. La alcoholemia representa la concentración de alcohol en sangre y se expresa habitualmente en miligramos o gramos de alcohol por decilitro (100cc). Álvarez y Del Río, 2001; y Glindemann et al., 1998.

Asertividad. Habilidad o conjunto de habilidades necesarias para expresar nuestros sentimientos, pensamientos y opiniones, en el momento oportuno y de la manera adecuada, sin negar o desconsiderar los derechos de los demás. Castanyer, 1996

Atención Primaria de Salud. La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial, accesible, a un costo que el país y la comunidad puedan soportar, realizada con métodos prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables (Declaración de Alma Ata, OMS, Ginebra, 1978).

Autoayuda o ayuda mutua. En el contexto de la promoción de la salud y de la prevención y el tratamiento del consumo de drogas, se trata de todas aquellas medidas llevadas a cabo por personas que no son profesionales sanitarios, con el fin de movilizar los recursos necesarios para promover, mantener o restaurar la salud de los individuos y de las comunidades. OMS, 1999.

Autocontrol. El autocontrol ha sido definido como la capacidad para frenar o inhibir determinadas respuestas motoras, conductuales o emocionales, de manera que permiten al individuo demorar la gratificación en determinadas situaciones para obtener recompensas futuras. Luengo, Roimero, Gómez y Lence, 1999.

Auto-eficacia. Término acuñado por Bandura (1986) para referirse al juicio de un individuo acerca de su competencia personal en una situación específica. La percepción de auto-eficacia influye de manera notable la participación, motivación y persistencia de la persona en esa situación. En la prevención y el tratamiento del consumo de drogas, el término se utiliza para referirse a la percepción que tiene el

individuo sobre su capacidad de hacer frente a una situación futura en la que exista un elevado riesgo de consumir drogas. Hoffman, 1995; y Graña, 1994.

Autoestima. La autoestima es la valoración emocional que se hace de la percepción de la propia imagen. Se refiere a la evaluación que uno hace de sí mismo, sobre su capacidad y valía, y al sentimiento potencialmente positivo o negativo que se deriva de esta valoración. McKay y Fanning, 1992

Auto-medicación. Auto-administración de una droga con el fin de tratar una enfermedad, aliviar el dolor o mitigar un estado emocional negativo. Un ejemplo común es el uso de tranquilizantes obtenidos ilegalmente para facilitar el sueño o para hacer frente a estados de ansiedad. Si la medicación ha sido prescrita para este propósito, puede decirse que los usuarios se automedican si ellos pueden administrarse a sí mismos la droga y determinan la dosis y la frecuencia de uso. UNDCP, 2000.

B

Bebedor no problemático. Es aquel individuo que cumple los criterios siguientes: mayor de 18 años (en algunos países más edad); si se trata de una mujer, que no esté embarazada ni en período de lactancia; tiene un estado nutricional adecuado; las bebidas ingeridas corresponden a las aprobadas por las autoridades sanitarias; no presenta embriagueces patológicas; consume alcohol sin consecuencias negativas para sí mismo ni para otros; no tiene problemas familiares o laborales debidos a su consumo alcohólico; no depende del alcohol para alegrarse, desinhibirse o comunicarse; no presenta patologías que se agraven o descompensen con el alcohol; no se embriaga. Se denomina consumo problemático cuando el individuo ha padecido o padece al menos algún problema relacionado con el alcohol, tales como haber conducido bajo los efectos del alcohol, presencia de complicaciones médicas, familiares o conductuales. Sevillano y Rubio, 2001.

Bebedor social. Literalmente, se aplica a la conducta de beber en compañía, en oposición a beber en solitario. También se utiliza para referirse a un patrón

de consumo de alcohol que no es problemático. Más adecuadamente, se refiere al uso de bebidas alcohólicas como hábito social, básicamente en compañía de otros, y sólo por motivos socialmente aceptables y en formas socialmente aceptables. El consumo social de alcohol no es necesariamente moderado. WHO, 1994.

Beber compulsivo (Binge drinking). Consumo elevado de alcohol que ocurre durante un extenso período de tiempo dedicado a este fin. WHO, 1994.

Beber controlado. Se refiere al consumo moderado de alcohol para evitar la intoxicación o el uso de riesgo. El término es aplicado especialmente cuando hay una razón para cuestionar la capacidad de beber de manera controlada en todas las ocasiones, como es el caso de individuos que han mostrado signos de dependencia alcohólica o de consumo nocivo. WHO, 1994.

C

Calidad de vida. Valor referido a los aspectos físicos, sociales, intelectuales y emocionales de la vida que son relevantes para los individuos y que están relacionados con su nivel de bienestar. Designa la percepción u opinión de los individuos o grupos sobre si se satisfacen sus necesidades relacionadas con dichos aspectos, y sobre si se respetan sus oportunidades para alcanzar un estado de bienestar y realización personal. Last, 1989; Hawe, Degeling y Hall, 1993; Rubio Cebrián, 1995; y OMS, 1999.

Calidad en prevención. La calidad en prevención viene dada por el compromiso en la búsqueda y la utilización de programas efectivos, es decir, programas que logren sus objetivos en forma de resultados. Alvira, 1999.

Capacidades Diferentes. En el ámbito de la atención a las personas que presentan discapacidad física o mental, se genera una reflexión en torno a cuentan con variadas potencialidades que les permiten establecer relación con su entorno disfrutar del mismo y ejercer su ciudadanía entre otros aspectos.

Comorbilidad. Enfermedad o enfermedades que coexisten en un mismo sujeto al que se está estudiando o tratando por padecer otra enfermedad distinta. Es sinónimo del término: “morbilidad conjunta”.

Comunicación educativa. Proceso basado en el desarrollo de esquemas novedosos y creativos de comunicación que se sustentan en técnicas de mercadotecnia social, que permiten la producción y difusión en mensajes gráficos y audiovisuales de alto impacto, con el fin de reforzar los conocimientos en salud y promover conductas saludables en la población.

Comunidad terapéutica. Modalidad de tratamiento residencial, para la rehabilitación de adictos, en la que se intenta reproducir la sociedad exterior para hacer posible su reinserción social, a través del apoyo mutuo. Generalmente están operadas por un equipo mixto de adictos en recuperación y profesionales.

Conducta de riesgo. En general, es una forma específica de conducta de la cual se conoce su relación con una susceptibilidad incrementada para una enfermedad específica o para un estado de salud deficiente. OMS, 1999; y UNDCP, 2000.

Control epidemiológico. Vigilancia sistemática de los indicadores utilizados para la valoración de la situación de problemas sanitarios, enfermedades, factores y comportamientos de riesgo en una población o comunidad. WHO, 1994.

Craving. Término inglés que se usa para referirse al impulso imperioso, central en toda dependencia, de consumir una determinada sustancia con el deseo subjetivo de experimentar sus efectos. El craving supone una reacción aprendida, primero a partir de la experiencia gratificante del consumo (refuerzo positivo) y, más adelante, fruto de la necesidad para evitar el síndrome carencial (refuerzo negativo). Rodríguez-Martos, 2000.

D

Daños relacionados con las drogas. Consecuencias adversas del uso de drogas, ya sean de carácter social, físico, psicológico, legal o de cualquier otro tipo, que son experimentadas como perjudiciales por el consumidor y/o por los que viven con él o por otras personas afectadas por las acciones del usuario de drogas. UNDCP, 2000.

Dependencia de sustancias psicoactivas. De acuerdo con el DSM-IV, es un patrón desadaptativo de uso de una sustancia que conduce a un deterioro o a un malestar clínicamente significativos, y en el que se observan tres (o más) de los siguientes síntomas, los cuales ocurren dentro de un período de 12 meses: 1. Tolerancia; 2. Abstinencia; 3. La sustancia se toma a menudo en mayor cantidad o períodos de tiempo más largos de los que se tenía intención. 4. Hay un deseo persistente o se realizan esfuerzos sin éxito para disminuir o controlar el uso de la sustancia. 5. Se gasta una gran cantidad de tiempo en actividades necesarias para obtener la sustancia, para administrarse la sustancia, o para recobrase de sus efectos. 6. Se renuncia a importantes actividades sociales, ocupacionales o recreativas, o se reducen por uso de la sustancia. 7. Se continúa usando la sustancia a pesar de saber que se tiene un problema persistente o recurrente, físico o psicológico, que probablemente ha sido causado o exacerbado por el uso de la sustancia. Stahl, 1998.

Disponibilidad de drogas (Drug Access). El grado de disponibilidad y facilidad de acceso a las sustancias psicoactivas legales e ilegales en las escuelas, los barrios, el hogar, etc., para aquellos que buscan su consumo. Identificado como factor de riesgo del entorno. CSAP, 2001a.

Diversidad Cultural. Variedad de condiciones de existencia de las personas mediante el reconocimiento de los múltiples cruces y contactos entre sus diversas realidades. Schmelkes (2004), Versión preliminar

E

Educación para la Salud. Se trata fundamentalmente de la actividad educativa diseñada para ampliar el conocimiento de la población en relación con la salud y para desarrollar la motivación y las habilidades personales que la promueven. No se dirige solamente a los individuos, sino también a los grupos, organizaciones y a la comunidad en general. Es una herramienta que forma parte de las estrategias contempladas en la Promoción de la Salud. OMS, 1999

Entrenamiento en habilidades para la vida. Constituye uno de los componentes principales en programas efectivos de prevención, especialmente entre los de educación sobre drogas. Generalmente tales programas incluyen asertividad general (mostrar desacuerdo, hacer peticiones, habilidades de confrontación), asertividad específicamente orientada a los iguales y asertividad para resistir la presión de éstos hacia el uso de drogas, así como otras habilidades más generales como establecimiento de metas, auto-refuerzo, toma de decisiones, solución de problemas, pensamiento crítico, habilidades de análisis, y habilidades para conocer gente y para hacer amigos. El entrenamiento en estas habilidades aumenta el sentimiento de auto-eficacia y capacita a las personas para enfrentarse a las situaciones vitales que se les planteen. Ballard, 2002.

Entrenamiento en habilidades parentales y familiares. Estrategia preventiva a través de la cual los padres o tutores son entrenados en el desarrollo de nuevos estilos de educación y gestión familiar y los hijos son entrenados en el desarrollo de habilidades pro-sociales. CSAP, 2001a.

Epidemiología. Ciencia que estudia la ocurrencia y distribución de los estados o acontecimientos relacionados con la salud y sus factores determinantes en poblaciones definidas. Se aplica al estudio y control de los problemas socio-sanitarios. La epidemiología estudia los factores causales y/o asociados que influyen, provocan o están relacionados con la distribución de problemas socio-sanitarios en la población. La información epidemiológica ha sido la

base del desarrollo de la salud pública. Last, 1989; Rubio Cebrián, 1995; y OMS, 1999.

Equidad. La estrategia global de la OMS para lograr la Salud para Todos está dirigida fundamentalmente a la consecución de una mayor equidad en salud entre y dentro de las poblaciones de un mismo país y entre los distintos países. Esto conlleva que todas las personas disfruten de igualdad de oportunidades para desarrollar y mantener su salud, a través de un acceso justo a los recursos de salud. OMS, 1999.

Estilo de vida (Lifestyle). El estilo de vida es una forma de vivir basada en patrones de comportamiento identificables, determinados por la interacción entre las características de cada persona, las interacciones sociales y las condiciones socio-económicas y ambientales en las que vive. Los estilos de vida pueden ejercer un efecto profundo en la salud de una persona y en la de quienes le rodean. Si las actuaciones preventivas pretenden mejorar la salud y/o la calidad de vida, facilitando a los individuos cambiar sus estilos de vida, la acción preventiva debe ir dirigida no solamente al individuo, sino también a las condiciones sociales de vida que interactúan para producir y mantener estos patrones de comportamiento. OMS, 1999.

Estrategia Educativa: Proceso organizado y sistemático con el cual se busca orientar a las personas a reforzar, modificar o sustituir conductas por aquellas que son saludables en lo individual, lo familiar y lo colectivo, y en su relación con el medio ambiente

F

Factor de protección. Atributo o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiente que inhibe, reduce o atenúa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas o la transición en el nivel de implicación con las mismas. Clayton, 1992

Factor de riesgo. Atributo o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiente que incrementan la posibilidad del uso y/o abuso de drogas (inicio) o la transición en el nivel de implicación con las mismas. Clayton, 1992

Factores de riesgo escolares. Uno de los principales predictores del consumo de sustancias psicoactivas es el fracaso escolar. Aunque este fracaso está influido en gran medida por las experiencias de los individuos durante su primera infancia, dentro del ámbito familiar, y durante los años de educación infantil o preescolar, algunos factores relacionados con la escuela pueden exacerbar problemas y disposiciones preexistentes. Entre estos factores cabe citar la existencia de un clima escolar negativo, indisciplinado e inseguro, las bajas expectativas de los profesores respecto al rendimiento de los alumnos y la falta de políticas claras en la escuela en relación al consumo de drogas. CSAP, 2000.

Formación de formadores. Estrategia piramidal para la difusión amplia de información o de formación, mediante la cual se parte de un pequeño grupo de personas que son formados y entrenados para que desarrollen la diseminación de los correspondientes contenidos con el fin de llegar a un público objetivo más grande. UNDCP, 2000.

G

Grupos de autoayuda o de ayuda mutua. Grupos en los cuales los participantes se apoyan mutuamente en la recuperación, o en el mantenimiento de la recuperación, de la dependencia del alcohol u otras drogas o problemas, o de los efectos derivados de la dependencia de otra u otras personas, sin contar con el apoyo de una terapia formal o dirección profesional. Se basan en la premisa de que relacionarse con otras personas que tienen problemas similares puede ser emocionalmente beneficioso para personas que tienen problemas con las drogas, incluyendo a sus familiares y a sus amigos. Al mismo tiempo, la gente que tiene experiencias parecidas puede ser una fuente adecuada de consejo y de apoyo moral y social. UNDCP, 2000; y CSAP, 1993.

H

Habilidades para la vida. Las habilidades para la vida son capacidades y recursos personales, interpersonales, cognitivos, emocionales y físicos que permiten a las personas controlar y dirigir sus vidas,

desarrollando la capacidad para vivir con su entorno y lograr que éste cambie. Como ejemplos de habilidades para la vida individuales se pueden citar las estrategias para la toma de decisiones y la solución de problemas, las habilidades de comunicación y de relación interpersonal y la capacidad para manejar las emociones y el estrés. OMS, 1999.

I

Influencia de los iguales. Referida al consumo de drogas, la influencia de los iguales puede ser descrita como una de las presiones ambientales de carácter social que influye en la experimentación o en el mantenimiento del consumo de drogas. La influencia de los iguales incluye factores cognitivos, tales como la percepción de la conducta de los iguales (modelado) y las normas sobre el uso de drogas percibidas en el grupo de iguales, así como factores situacionales tales como la presión directa de los iguales y la importancia de la socialización y la conformidad en los grupos. UNDCP, 2000.

Integración Educativa. Es el proceso que implica que los niños, las niñas y los jóvenes con necesidades educativas especiales asociadas con alguna discapacidad, con aptitudes sobresalientes o con otros factores estudien en aulas y escuelas regulares, recibiendo los apoyos necesarios para que tengan acceso a los propósitos generales de la educación. Programa Nacional de fortalecimiento de la educación especial y de la integración educativa, 2002.

Interculturalidad. Actualmente, las transformaciones sociales y políticas del país tienen que ver en gran parte con las luchas del movimiento indígena que contribuyó a las reformas constitucionales de 1992, en que se reconoce el carácter pluricultural de la nación mexicana. En este contexto, se establece que la educación en y para la diversidad no es sólo para los pueblos indígenas sino para todos los habitantes del territorio mexicano; su enfoque es intercultural para todos; por ende la interculturalidad es un proyecto social amplio, una postura filosófica y un funcionamiento cotidiano ante la vida. Schmelkes (2004), Versión preliminar.

Intervención temprana. Estrategia que combina la detección temprana de consumos de riesgo o perjudiciales y el tratamiento de los implicados. El tratamiento es ofertado o proporcionado antes de que sea demandado por la persona que se halla en situación de riesgo, y en muchos casos antes de que ésta sea consciente de que su consumo de drogas ha podido causarle problemas. WHO, 1994.

M

Modelado. Proceso de aprendizaje por observación en el que la conducta de un individuo o de un grupo actúa como modelo en algún aspecto (conductual, actitudinal, cognitivo, etc.) para otras personas. El aprendizaje por modelamiento o modelado es uno de los conceptos centrales de la teoría del aprendizaje socio-cognitivo propuesto por Bandura, que señaló que no todos los aprendizajes son resultado de la experiencia directa sino que las personas también pueden aprender de modo vicario observando la conducta de los demás. Cruzado, 1995; Olivares y Méndez, 1998

Modelo. Representación abstracta de las relaciones entre los componentes lógicos, analíticos o empíricos de un sistema. Se trata de una expresión formalizada de una teoría o situación causal que se considera que ha generado los datos observados. Last, 1989.

Movilización social. Proceso a través del cual se consigue la colaboración de voluntarios, miembros de la comunidad que tienen interés en la prevención, profesionales y otros recursos y se les motiva a actuar en apoyo de una o varias iniciativas preventivas. CSAP, 2001 b.

P

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

Población en riesgo. Grupo de población que, debido a circunstancias diversas, se halla más intensamente expuesto a uno o más factores de riesgo relacionado con el uso problemático de las drogas que la población general.

Población objetivo. Grupo de la población a quien se dirigen las acciones de prevención del consumo de drogas. CSAP, 2000.

Prevención. La prevención puede definirse en sentido amplio como la acción y el efecto de las intervenciones diseñadas para cambiar los determinantes individuales, sociales y ambientales del abuso de drogas legales e ilegales, incluyendo tanto la evitación del inicio al uso de drogas como la progresión a un uso más frecuente o regular entre poblaciones en situación de riesgo. UNDCP, 2000; y CSAP, 1993.

Programa. Intervención estructurada diseñada para cambiar las condiciones sociales, físicas, económicas o políticas en un área geográfica definida o en una población determinada. En prevención del consumo de drogas, generalmente se refiere a un conjunto de actividades coordinadas, realizables en función de unos recursos previamente establecidos, que tiene por objeto el logro de objetivos generales y específicos relacionados con la reducción de los problemas asociados a las drogas y a sus usos. CSAP, 2001 b.

Promoción de la Salud. La promoción de la Salud constituye un proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos con el fin de que incrementen el control sobre su salud para mejorarla, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual. En este proceso, la participación desempeña un papel fundamental. OMS, 1999.

Proyecto. Un conjunto de actuaciones y actividades dirigidas al logro de unos objetivos determinados, realizado dentro del marco de un programa y con un menor alcance que éste. Alvira, 1999.

R

Redes sociales. Una red social está constituida por un grupo de personas, que interactúan unas con otras, y que podrían estar o no estar relacionadas. Las redes se forman en función de intereses comunes y, en relación al mantenimiento de la salud, constituyen relaciones o vínculos sociales entre las personas que pueden facilitar el acceso o movilización del soporte social a favor de la salud. OMS, 1999, UNDCP, 2000; y Alonso, Cembranos et al., 2001.

Reducción de daños. En el contexto del alcohol y otras drogas, la reducción de daños se refiere a las políticas o programas que se dirigen a reducir las consecuencias negativas resultantes del consumo de alcohol u otras drogas, tanto sobre el individuo como sobre la comunidad en general, sin requerir necesariamente la abstinencia. Algunas estrategias de reducción de daños diseñadas para lograr un uso más seguro de las drogas podrían, sin embargo, preceder a intervenciones posteriores para lograr la abstinencia total. UNDCP, 2000.

Reducción de la demanda. Las convenciones internacionales para el control de drogas usan este término en relación con el intento de disminuir la demanda de sustancias controladas por parte de los consumidores. Las estrategias de reducción de la demanda contrastan con las estrategias que intentan reducir la oferta, aunque en la práctica la reducción de la oferta y la demanda pueden ser complementarias. UNDCP, 2000.

Reducción de la oferta. Término amplio usado para un conjunto de actividades diseñadas para detener la producción, manufactura y distribución de drogas ilegales. UNDCP, 2000.

Reducción de riesgos. Describe políticas o programas que se centran en promover la disminución del riesgo de daño por consumo de alcohol o de otras drogas. Las estrategias de reducción de riesgos tienen algunas ventajas en el sentido de que las conductas de riesgo son normalmente más inmediatas y más fáciles de medir objetivamente que

los daños, particularmente cuando éstos presentan baja prevalencia. UNDCP, 2000.

Resiliencia. La resiliencia es un proceso que implica una compensación de los factores de protección frente a los factores de riesgo, y una acumulación gradual de fuerza emocional que permite a los niños responder con éxito a los cambios en sus familias, escuelas y comunidades. CSAP, 2001a; Shene, 1999, cit. por Ballard, 2002; CSAP, 1993; Hazelden, 1996, op cit.

Riesgo. Probabilidad de que ocurra un hecho, por ejemplo, desarrollar algún problema relacionado con el uso de drogas, dentro de un período de tiempo o edad determinados. Asimismo, término no técnico que comprende diversas medidas acerca de la probabilidad de un desenlace desfavorable. Last, 1989.

S

Salud Pública. La Salud Pública es una de las estrategias organizadas por la sociedad para proteger, promover y recuperar la salud de los individuos que integran dicha sociedad. Combina ciencias, técnicas y creencias, dirigidas a la promoción, al mantenimiento y la mejoría de la salud y la calidad de vida de las personas, a través de la actuación política. OMS, 1999; y Last, 1989.

Salud. La constitución de la OMS de 1948 define la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia. Dentro del contexto de la promoción de la salud, la salud ha sido considerada no como un estado abstracto, sino como un medio para llegar a un fin, como un recurso que permite a las personas llevar una vida individual, social y económicamente gratificante y productiva. OMS, 1999.

Síndrome de abstinencia. Grupo de síntomas con diferente agrupamiento y gravedad que aparecen cuando disminuye o cesa el uso de una sustancia psicoactiva que ha sido consumida de forma repetida y, generalmente, durante un período prolongado y en

dosis elevadas. El síndrome puede estar acompañado de signos de trastornos fisiológicos. El síndrome de abstinencia es uno de los indicadores del síndrome de dependencia. Es también la característica definitoria del más estricto significado farmacológico de dependencia. OMS, 1994.

Síndrome de dependencia. Conjunto de fenómenos conductuales, cognitivos y fisiológicos que se desarrollarían después del uso repetido de una sustancia. Normalmente estos fenómenos incluyen un fuerte deseo de tomar la sustancia, pérdida de control sobre su uso, consumo persistente a pesar de sus consecuencias perjudiciales, priorización del uso de drogas por encima de otras actividades y obligaciones, tolerancia incrementada y síndrome de abstinencia cuando el uso de la droga es interrumpido. OMS, 1994.

Sustancia psicoactiva. Droga o sustancia psicoactiva es una sustancia que, ingerida, afecta a los procesos mentales, por Ej. la cognición o los afectos. Este término es equivalente a droga psicotrópica y es

el término más neutral y descriptivo para toda la clase de sustancias, tanto legales como ilegales, que son de interés para la política sobre drogas. El término “psicoactivo” no implica necesariamente que produzca dependencia, y en el lenguaje común, se deja como tácito o no expresado, por ejemplo en expresiones como “uso de drogas” o “abuso de sustancias”. WHO, 1994.

T

Tolerancia. Necesidad de recurrir a cantidades crecientes de la sustancia para alcanzar la intoxicación (o el efecto deseado) o una notable disminución de los efectos de la sustancia con su uso continuado a las mismas dosis. OMS, 1994; y American Psychiatric Association, 1995.

Toxicidad. Grado en que una sustancia tiene potencial para causar efectos tóxicos o perniciosos. Casi todas las drogas y muchas otras sustancias (por Ej. algunas comidas comunes) tienen toxicidad a cierto nivel de ingesta. UNDCP, 2000.

8. Agradecimientos

Se agradece la participación de los Consejos Estatales contra las Adicciones, cuya experiencia y aportaciones enriquecieron sustancialmente los planteamientos centrales del presente Programa de Acción. La participación de las distintas instituciones de los sectores público, social y privado, también contribuyeron a fortalecer los objetivos y estructurar las estrategias a seguir.

Se agradece especialmente el apoyo conceptual, técnico y metodológico brindado por la Dra. Ma. Teresa Oviedo Gómez, Asesora Técnica adscrita a la Dirección de Vinculación Sectorial, quien bajo la supervisión del Lic. José Manuel Castrejón Vacio, Director de Vinculación Sectorial del CONADIC, aportó numerosos elementos que enriquecieron particularmente la estructura y el contenido de las secciones de Diagnóstico del Problema y Estrategia de Implantación Operativa del Programa.

Asimismo, se agradece la colaboración del Dr. Ángel Prado García, Director Técnico en Adicciones, de la Lic. Norma Ibáñez Hernández Subdirectora de Fomento Normativo, de la Dra. Blanca Reséndiz Rojas y la Lic. Guadalupe Corona Uscanga, Asesoras de la Dirección de Vinculación Sectorial, de la Lic. Laura Reyes Aparicio, Subdirectora de Operaciones y de la Lic. Ma. Teresa Sánchez Fragoso, Subdirectora de Supervisión y Evaluación del CONADIC.

Directorio de los Consejos Estatales contra las Adicciones

Aguascalientes Dr. Ventura Vilchis Huerta Director General del Instituto de Salud del Estado Dr. Héctor Grijalva Tamayo Coordinador Estatal de Salud Mental y Adicciones Lic. Gloria Irma Chávez Negrete Secretaria Técnica del Consejo Estatal contra las Adicciones	Margil de Jesús # 1501, Col. las Arboledas, c.p. 20020, Aguascalientes, Ags. Tel: (01 449) 910 79 00 exts. 7956 y 7957 912 15 62 Fax: (01 449) 912 17 42 Artillero Mier # 905, Ciudad Satélite Morelos, c.p. 20272, Aguascalientes, Ags. Tels: (01 449) 977 15 58 y 977 52 40 Fax: (01 449) 977 15 58 Celular: GICN 044 449 123 15 67, E-mail: cecaaguascalientes@salud.gob.mx ceca.aguascalientes@gmail.com tsjuanitamg@hotmail.com loriales07@yahoo.com.mx
Baja California Dr. José Guadalupe Bustamante Moreno Secretario de Salud del Estado Dr. Luis Enrique Dorantes Marínez Secretario Técnico del Consejo Estatal contra las Adicciones	Av. Pioneros # 1005, Palacio Federal, Centro Cívico, 3er. Piso, c.p. 21000, Mexicali, B. C. Tels: (01 686) 557 28 20 y 559 58 17 Fax: (01 686) 559 58 15, 559 58 16 Calle 11 y Río Papaloapan s/n, Fracc. Villaverde, c.p. 21395, Mexicali, B. C. Tels: (01 686) 842 70 71 y 569 20 86 Fax: (01 686) Celular LEDM: (01 686) 162 98 42, (569 20 86) (555 53 05) E-mail: ldorantes@baja.gob.mx ledm@hotmail.com
Baja California Sur Dr. Francisco Cardoza Macías Secretario de Salud del Estado Dr. José Inés Estrada Figueroa Director del Centro Estatal de Salud Mental y Adicciones Dr. Roberto Rodríguez Escareño Secretario Técnico del CECA	Revolución # 822 esquina con Salvatierra, Col. Esterito, c. p. 23020, BCS Tels: (01 612) 122 01 66, y 122 86 12, 122 31 37 y 122 06 49 Exy: 102 y 147 Fax: (01 612) 122 31 37 y 122 06 49 Revolución # 822 esquina con Salvatierra, Col. Esterito, c.p. 23020, La Paz, BCS Tel: (01 612) 12 462 12 y 12 462 13 Cel JEF: (01 612) 10 777 28 y (612) 14 04 451 E-mail: joseief@hotmail.com Aquiles Serdán y Rosales Edif.3, Col. Centro, c.p. 23000, La Paz, BCS Tel: (01 612) 125 07 93 Fax: (01 612) 125 07 93 celular: 044 612 12 61 669 E-mail: cecabajacaliforniasur@salud.gob.mx doc_rrescareno@hotmail.com

Campeche Dr. Alvaro Arceo Ortíz Secretario de Salud del Estado Dra. Rosaura González Castillo Secretaría Técnica del Consejo Estatal contra las Adicciones Dr. Luis Alfonso Guillermo Pech Coordinador Técnico del Consejo Estatal contra las Adicciones	Calle 10 # 286, Barrio San Román, c.p. 24040, Campeche, Camp. Tels: (01 981) 816 53 03 exts.: 2263 y 2279, 2207 Directo: (01 981) 816 10 00 Fax: (01 981) 816 54 97 y 816 72 98 Calle 24 s/n, Col. Lázaro Cárdenas, Kila Lerma, c.p. 24500, Campeche, Camp. Tels: (01 981) 812 06 90 Ext. 102 y 103, Directo: 812 06 92 Fax: (01 981) 812 05 44 (Directo) y 812 06 90 Ext. 103 Celular RGC: 01 981 829 1376 LAGP: 045 981 13 00 832 E-mail: ceca_campeche@hotmail.com rosauragonzalez@terra.com vidanueva2000@terra.com
Coahuila Dr. Raymundo Sebastian Verduzco Rosán Secretario de Salud del Estado Dr. Ma. Guadalupe Torres Cepeda Secretaría Técnica del Consejo Estatal contra las Adicciones	Boulevard Saltillo 431 esq. calle Reynosa, Col. República Poniente, edificio la Joya, c.p. 25265, Saltillo, Coah. Tels: (01 844) 415 92 89, 415 93 49 y 438 83 30 exts.:4627, 4665 y 4671 Fax: (01 844) 415 62 98 Boulevard Saltillo 431 esq. Reynosa, Col. República Poniente, edificio la Joya, c.p. 25265, Saltillo, Coah. Tels: (01 844) 438 83 30 y 438 83 34 exts: 4635, 4709 y 4711 Fax: (01 844) 438 83 30 ext. 4793 Cel: MATC: 01 844 4193 594 E-mail: luticegtc@hotmail.com
Colima Dr. José Salazar Aviña Secretario de Salud del Estado Lic. Laura Elisa Velásquez García Secretaría Técnica del CECA Lic. Indira Cervantes Buenrostro Responsable de Prevención	Calle 5 de Mayo # 87, Colonia Centro, c.p. 28000, Colima, Col. Tel y fax: (01 312) 316 22 01, 316 22 02 y 330 74 14 Fax: (01 312) 316 22 01 Tikal No. 29, Col. Puertas del Sol, Colima, Col. Tel: (01 312) 323 66 26 Fax: (01 312) 323 66 26 Cel LEVG: (01 312) 13 91 777 ICB: (01 312) 113 59 80 E-mail: l_velazquez@exatec.itsm.mx cecacolima@gmail.com cecaprevención@gmail.com
Chiapas Dr. Adrián Pérez Vargas Secretario de Salud del Estado Dr. Rodolfo Efraín Aguilar Jiménez Secretario Técnico del Consejo Estatal contra las Adicciones	Unidad Administrativa, Edif. "C, Calz. a la Ciudad Deportiva, c.p. 29007, Tuxtla Gutiérrez, Chis. Tels: (01 961) 618 92 51, 618 92 52 y 618 92 53 Fax: : (01 961) 613 76 88 Av. Nakum # 277, Col. Maya, c.p. 29007, Tuxtla Gutiérrez, Chis. Tel. y fax: (01 961) 613 18 36 Celular CEB: 01 961 184 77 98 E-mail: cecachis@gmail.com cecachis@hotmail.com

Chihuahua Arq. Carlos Carrera Robles Secretario de Fomento Social Dr. Octavio Rodrigo Martínez Pérez Director General de los Servicios de Salud en el Estado C. Antonio Tres Palacios Guerrero Director General de la Coordinadora de Atención a las Adicciones Lic. Edgar Lozano Becerra Secretario Técnico Operativo de la Coordinadora de Atención a las Adicciones	Venustiano Carranza # 803 edif. Héroes de la Rev. Piso 6, Centro, c.p. 31000, Chihuahua, Chih. Tel: (01 614) 429 34 46 exts. 12600, 12603 y 12679 Fax: (01 614) 429 33 00 Ext. 12692 Calle Tercera 604 3° piso, Col. Centro, c.p. 31000, Chihuahua, Chih. Tels: (01 614) 415 30 59, 439 99 00 ext. 21501 y 21530 Fax: (01 614) 410 36 22 Calle Aldama 1903, Col. Centro, c.p. 31000, Chihuahua, Chih. Tel: (01 614) 429 33 00 exts. 15170 y 15171 Fax: (01 614) 429 33 00 EXT. 15176 Celular A.P.G: (01614) 184 5431 ELB (01 614) 1742 602 E-mail: lozano.edgar@gmail.com adiccionesfomentosocial@hotmail.com adiccionesfomentosocial@gmail.com
Distrito Federal Dr. Manuel Mondragón Y Kalb Secretario de Salud del Distrito Federal Dra. Nora Frías Melgoza Directora General de Vinculación y Enlace de la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal Lic. César Cravioto Romero Secretario Técnico del Consejo contra las Adicciones del Gobierno del Distrito Federal	Xocongo # 225 piso 6, Col. Tránsito, c.p. 06820 D. F. Teléfonos: 57 41 05 00, 57 40 63 47 Fax: 51 32 09 00 ext. 1509 Xocongo # 225 piso 6, Col. Tránsito, c.p. 06820 D. F. Teléfonos: 51 32 09 00 y 51 32 12 00 ext. 1500 y 1503 E-MAIL: nlfrias@terra.com.mx Xocongo 225 3er piso, Col. Transito, Del. Cuauhtémoc, c.p. 06820, D.F. Teléfonos: 57 41 20 83, 57 41 36 66 y 57 41 33 90 y 57 41 20 83 Fax: 57 40 21 38, 57 41 23 11 y 57 41 21 56 Citlalli: 044 55 54 34 36 90 Tel: 57 41 74 18 y 57 41 33 90 E-mail: adicciones_iasis@yahoo.com.mx citlallimm@prodigy.net.mx
Durango Dra. Elvia Engracia Patricia Herrera Gutiérrez Secretaría de Salud del Estado Dra. María Martha Palencia Núñez Secretaría Técnica del Consejo Estatal contra las Adicciones y Jefa del Depto. de Salud Mental	Av. Cuauhtémoc # 225 Norte, Zona Centro, c.p. 34000, Durango, Dgo. Tels: (01 618) 817 11 38 y 818 65 63 Fax: (01 618) 817 17 37 y 817 17 97 Aquiles Serdán # 119 Poniente, Zona Centro, c.p. 34000, Durango, Dgo. Tels: (01 618) 811 56 90 y 813 48 30 y 811 57 87 Fax: (01 618) 811 56 90 Celular SRC: (01618) 299 90 34 E-mail: martha_palencia@hotmail.com dra_ruiz_canaan@yahoo.com.mx soledadenator@gmail.com

Guanajuato Dr. Jorge Armando Aguirre Torres Secretario de Salud del Estado Lic. Ma. Teresa Ortega Luna Secretaría Técnica del Consejo Estatal contra las Adicciones	Tamazuca # 4, Col. Centro, c.p. 36000, Guanajuato, Gto. Tels: (01 473) 732 03 83, 732 01 09 y 732 47 25 Fax: (01 473) 732 51 93 Tamazuca # 4, Col. Centro, c.p. 36000, Guanajuato, Gto. Tel: (01 473) 735 27 00 Ext. 220 y 732 11 18 y 732 73 42 Fax: (01 473) 732 73 42 Celular MTOL: 0147 3108 7821 E-mail: tereortega@hotmail.com
Guerrero Dr. Luis R. Barrera Ríos Secretario de Salud del Estado Dra. Amelia Jaimes Pérez Subsecretaría de Prevención y control de Enfermedades y Secretaria Técnica del Consejo Estatal contra las Adicciones Q. B. P. Isaac Ibáñez Cortés Secretario Operativo del Consejo Estatal contra las Adicciones.	Av. Ruffo Figueroa # 6, Esq. Eje Central, Col. Burócratas, c.p. 39090, Chilpancingo, Gro. Tels: (01 747) 47 274 16 y 47 270 95 Fax: (01 747) 47 270 75 y 47 270 95 e-mail: lbarrera@salud.gob.mx Av. Ruffo Figueroa # 6, Esq. Eje Central, Col. Burócratas, c.p. 39090, Chilpancingo, Gro. Tels. (01 747) 47 271 27, 47 271 29, 47 274 16 exts. 130 y 132 Tel. Q.B.P. Isaac (01 747) 47 118 63 y 47 222 98 Fax: (01 747) 47 271 27 y 47 222 98 Celular IIC: 0174 7124 3209 E-mail: plataprofesion_gro@yahoo.com.mx ic.isaac@gmail.com cea_gro@hotmail.com o (ceagro@hotmail.com)
Hidalgo Dr. Jorge Islas Fuentes Secretario de Salud del Estado Dra. Ana María Tavárez Jiménez Subsecretaría de Salud del Estado y Secretaría Técnica del Consejo Estatal contra las Adicciones Dr. José Luis Ángeles Gómez Responsable Estatal del Programa de Adicciones	Av. Madero # 405, Esq. Dr. Manuel Gea González Fracc. Ex-Hacienda de Gpe., c.p. 42059, Pachuca, Hgo. Tel: (01 771) 71 361 20, 71 377 69 y 71 864 86 Fax: (01 771) 71 377 69 y 71 361 20 Av. Madero # 405, planta alta, esq. Dr. Manuel Gea González, Fracc. Ex-Hacienda de Gpe., c.p. 42059, Pachuca Hgo. Tel Directo: (01 771) 71 702 25 Ext. 2213 y 2212 Fax: (01 771) 71 808 31 Celular: AMTJ (01 771) 712 07 28 JFPS (01 771) 729 88 67 E-mail: saludpublicahgo@yahoo.com.mx atavares@salud.gob.mx drjlangeles@hotmail.com
Jalisco Dr. Alfonso Gutiérrez Carranza Secretario de Salud del Estado C. Joel Salvador Chávez Rivera Secretario Técnico del Consejo Estatal contra las Adicciones Lic. Ma. Del Carmen Martínez Estrella	Dr. Baeza Alzaga # 107, Esq. Juan Manuel, Col. Centro, c.p. 44100, Guadalajara. Jal. Tel: (01 33) 3030 5000, Tels. Dir: (01 33) 3030 5106 al 08 Fax: (01 33) 3030 5108 Lago Tequesquitengo # 2600, Entre Laguna de Pescadores y Lago Superior, Col. Lagos del Country, c.p. 45177, Zapopan, Jal. Tels: (01 33) 38 23 20 20, 38 54 60 77, 38 54 60 88 Fax: (01 33) 38 54 63 02 Cel JSCHR : 01 33 10 64 95 75 Cel. CME. 01 333 171 7241 E-mail: cecaj10@hotmail.com cecaj.jc@hotmail.com carmenestrella@hotmail.com

México Dra. María Elena Barrera Tapia Secretaria de Salud del Estado Mtro. Raúl Martín del Campo Sánchez Secretario Técnico del Consejo Estatal contra las Adicciones	Independencia Ote. # 1009, Col. Reforma, C.P. 50070, Toluca, Edo. de Méx. Tels: (01 722) 215 19 35, 215 66 85 y 215 87 09 Fax: (01 722) 214 98 46 y 214 98 11 Isabel la Católica # 211-A, Col. Reforma Ferrocarrilera, Toluca, Edo. de Méx. Tels: (01 722) 213 50 63, 213 52 21 Directo MMV: 213 49 08 Cel: RMCS: 044 55 41 33 74 82 E-mail: imcontra_adicciones@salud.gob.mx raul7521@yahoo.com.mx marmos@gmail.com
Michoacán Dr. Román Armando Luna Escalante Secretario de Salud del Estado Lic. María Antonieta Maldonado Contreras Secretaria Técnica del Consejo Estatal contra las Adicciones	Benito Juárez # 223, Centro, C.P. 58000, Morelia, Mich. Tels: (01 443) 312 05 14 y 313 17 60 Fax: (01 443) 313 74 55 y 313 17 60 E-mail: caustria@mail.ssa.gob.mx Benito Juárez # 223, Centro, C.P. 58000, Morelia, Mich. Tel. conmutador: (01 443) 317 50 00, 317 50 01, 317 50 02 y 317 50 03 ext. 239 Fax: (01 443) 313 31 18, Tel. p/confirmar fax: (01 443) 312 11 46 Celular: MAMC (01 443) 40 98 222 E-mail: cecamichoacan@hotmail.com maldton@hotmail.com
Morelos Dr. Víctor Manuel Caballero Solano Secretario de Salud del Estado Lic. Jaime Dávila Sosa Secretario Técnico del Consejo Estatal contra las Adicciones	Callejón Borda # 3, Col. Centro, C.P. 62000, Cuernavaca, Mor. Tels: (01 77) 73 18 71 22 y 73 18 53 34 exts. 102, 103 y 112 Tel y Fax: (01 77) 73 10 17 78 Calle No Reelección # 7, 4º piso, Desp. 401, Anexo "B" del Edificio Bellavista, Col. Centro, c.p. 62000, Cuernavaca, Mor. Tels : (01 77) 73 14 51 88 y 73 29 22 00, 73 14 20 95 Ext. 1619 Fax: (01 77) 73 14 37 17 Celular JDS: 044 777 13 553 36 E-mail: sosa01_j@yahoo.com.mx

Nayarit Dr. Roberto Mejía Pérez Secretario de Salud del Estado T. S. Marisela Peralta López Secretaría Técnica del Consejo Estatal contra las Adicciones Centro Terapéutico del Estado de Nayarit (CETEN) Dra. Libertad Cibeles Barragán Bautista Jefa del Departamento de Salud Mental y Adicciones.	Dr. Gustavo Baz # 33 Sur, Fracc. Fray Junípero Serra, c.p. 63169, Tepic, Nay. Tel: (01 311) 211 95 00 exts. 1101, 1102 y 1103 Tel. dir: (01 311) 214 09 27 Fax: (01 311) 213 11 80 y 214 23 77 Boulevard Tepic Xalisco 346, Col. Miravalle, c.p. 63138, Tepic, Nay. Tel: (01 311) 214 42 05, Centro Terapéutico 213 44 25 Fax y tel: (01 311) 214 41 73 Celular MPL: (01 311) 128 60 21 E-mail cecanayarit@salud.gob.mx maripera9@hotmail.com ceca.nayarit@gmail.com luis_7009@hotmail.com Calle Dr. Gustavo Baz 33 Sur, Fracc. Fray Junípero Serra, c.p. 63169, Tepic, Nay. Tel: (01 311) 211 95 00 Ext. 1801 Fax: (01 311) 213 11 80 y 214 23 77 Celular LCBB: (01 311) 246 08 41 E-mai: dir_salud mental@hotmail.com libertadcibeles5@hotmail.com
Nuevo León Dr. Gilberto Montiel Amoroso Secretario de Salud del Estado Dr. Nemecio López Vargas Subsecretario de Prev. y Control de Enfermedades y Secretario Técnico del CECA Dr. Jesús Salazar Villegas Director Estatal de Adicciones y Salud Mental Dr. Juan José Roque Segovia Coordinador Operativo del Consejo Estatal contra las Adicciones	Calle Matamoros # 520 Ote. 4o. Piso entre Zaragoza y Escobedo, Col. Centro, c.p. 64000, Monterrey, N. L. Tels: (01 81) 8130 7091, 8130 7092 al 94 ext: 7092 Fax: (01 81) 8130 7099 e-mail: gmontiel@ssnl.gob.mx Calle Matamoros # 520 Ote. 3o. piso entre Zaragoza y Escobedo, Col. Centro, c.p. 64000, Monterrey, N. L. Tels: (01 81) 8130 7051, 8130 7065, 8130 7000 ext. 7065 , 8130 7151 y 8130 7179. Fax: (01 81) 8130 7069 y 8130 7051 8130 7179 Celular: JSV 0181 1155 7690, 045 81 10 44 38 54 E-mail: jsalazarv@ssnl.gob.mx jesus.salazarv@gmail.com cecanuevoleon@salud.gob.mx
Oaxaca Dr. Martín Vásquez Villanueva Secretario de Salud del Estado Dr. Reynaldo Miguel Zavaleta Secretario Técnico del Consejo Estatal contra las Adicciones Dra. Irene Cortés Carrillo Coordinadora Responsable del Programa de Adicciones	Calle J.P. García #103, Col. Centro, c.p. 68000, Oaxaca, Oax. Tels: (01 951) 514 28 76, 516 34 64 y 514 43 91 Fax: (01 951) 516 59 35, 516 43 50, 514 28 76 E-mail: epidemioax@ssa.gob.mx sso1@prodigy.net.mx Miguel Cabrera # 514, Col. Centro, c.p. 68000, Oaxaca, Oax. Tel: (01 951) 501 50 20 exts. 431 y 456 Fax: (01 951) 501 50 20 Ext. 419 Celular: RMZ 01 951 5071 340 ICC: 044 95 12 04 51 66 E-mail: cecaoax@gmail.com reynmz@hotmail.com , cortes.irene@gmail.com

Puebla Dr. Roberto Morales Flores Secretario de Salud del Estado Lic. Benigno Romano Romano Secretario Técnico del Consejo Estatal contra las Adicciones	5 Poniente # 1322, Col. Centro, c.p. 72000, Puebla, Pue. Tels: (01 222) 232 80 40, 232 65 18, Particular: 232 03 43 Particular Fax: (01 222), 232 09 38, 232 65 18 y 232 80 40 Km 71/2 Carretera a Valsrquillo, Puebla, Pue. Tels: (01 222) 216 18 68 y 323 28 24 Conmutador: Celular: 044 222 323 28 24 E-mail: benyromano@yahoo.com.mx
Querétaro Dr. Felipe Rafael Ascencio Ascencio Secretario de Salud del Estado Dr. Jaime Ponce Alcocer Comisionado Estatal contra las Adicciones	16 de Septiembre # 51 Ote. Zona Centro, c.p. 76000, Querétaro, Qro. Tels Dir : : (01 442) 251 90 01 y 251 90 04 Tel. Conm. (01 442) 251 90 00 ext. 7604 Fax: (01 442) 212 75 14 E-mail: rascencio@mail.ssa.gob.mx Independencia # 97, Col. Centro Histórico, c.p. 76000, Querétaro, Qro. Tels: (01 442) 212 02 36 y 212 04 08, y 212 96 87 Fax: (01 442) 212 04 08 celular: JPA 045 (442) 157 05 36 E-mail: jaipoal@hotmail.com cconsejo_estatal@hotmail.com
Quintana Roo Dr. Manuel Jesús Aguilar Ortega Secretario de Salud del Estado Dr. José Joaquín Calderón Martínez Director de los Servicios de Salud del Estado y Secretario Técnico del Consejo Estatal contra las Adicciones Lic. Luis Norberto Pasos Ceh Responsable de Adicciones	Niños Héroes de Chapultepec # 267, esq. J. M. Morelos, Col. Centro, c.p. 77000, Chetumal, Q. Roo. Tels: (01 983) 835 19 21 Fax SS: (01 983) 835 19 22 Directo: (01 983) 835 19 30 y 835 19 27 Av. Heróes de Chapultepec # 267, esq. J. M. Morelos Col. Centro, c.p. 77000, Chetumal, Q. Roo. Tels: (01 983) 835 19 27 y 835 19 30 Fax: (01 983) 835 19 28 Cel. (01 983) 700 59 38 LNPC (01 983) 12 09 402 E-mail: calderonjj1@hotmail.com luisnorberto@gmail.com luis65ad@yahoo.com.mx
San Luis Potosí Dr. Fernando Toranzo Fernández Director General de los Servicios de Salud del Estado Dr. Francisco Javier Posadas Robledo Secretario Técnico del Consejo Estatal contra las Adicciones y Director de Protección Social Dra. Natalia Narváez Banda Coordinadora Estatal de Salud Mental y Adicciones. Psic. Daniela Vidal Noriega Responsable de Adicciones	Jesús Goytortúa # 340 5º piso, Fracc. Tangamanga, c.p. 78269, San Luis Potosí, S.L.P. Tel: (01 444) 811 39 38 Fax y Tel: (01 444) 813 85 60 e-mail: ftoranzo@salud.gob.mx Tel: (01 444) 813 71 06 Ext. 203 y 204 Fax: (01 444) 811 41 83 E-mail: fposadas@salud.gob.mx Jesús Goytortúa # 340 5º piso, Fracc. Tangamanga, c.p. 78269, San Luis Potosí, S.L.P. Tel: (01 444) 813 71 06, 817 94 50 ext. 254 Directo: NNB: 811 83 95 Fax:: (01 444) Cel NNB: 0 44 44 42 00 09 59 DVN: 01444185 7450 E-mail: cecaslp@hotmail.com sameslp@hotmail.com natalianarvaez_3@hotmail.com

Sinaloa Dr. Héctor Ponce Ramos Secretario de Salud del Estado M. T. G. Germán León Guerrero Secretario Técnico del Consejo Estatal contra las Adicciones	Palacio de Gobierno, planta baja, Insurgentes s/n, Colonia Centro, c.p. 86129, Culiacán, Sin. Tel: (01 667) 759 25 00, 714 15 50 Fax: (01 667) 714 55 71 y 713 71 85 e-mail: hponceramos@salud.gob.mx Blvd. Ciudades Hermanas No. 610 Poniente, Col. Guadalupe, Culiacán, Sinaloa, México. Tel. 01(667) 715-84-04 Fax, y Conmutador. Línea Directa del Srio. Técnico 01(667) 715-91-74 212 94 08 Celular GLG: : 01 667 1820 370 E-mail: cecasinaloa@salud.gob.mx c.cosica@gmail.com c_cosica@hotmail.com leonger@hotmail.com
Sonora Dr. Raymundo López Vucovich Secretario de Salud del Estado Dr. Félix Higuera Romero Director General de Salud Mental y Secretario Técnico del Consejo Estatal contra las Adicciones Psic. Pedro A. Tonella Trelles Coordinador del Programas de Prevención y Control de Adicciones 662-218-32-13 662-260-33-90	Centro de Gobierno Estatal, 1° Piso Norte, Boulevard Paseo del Canal y Comonfort s/n, c.p. 83280, Hermosillo, Son. Tels: (01 662) 260 33 90, 212 20 86 y 212 07 87 Fax: (01 662) 217 25 58 y 217 41 36 e-mail: drlopezvucovich@salud.gob.mx Luis Donaldo Colosio Final y Carlos Quintero Arce s/n, Col. El Llano, c.p. 83230, Hermosillo, Son. Tels: (01 662) 218 32 13 ext. 101, 102 y 105 Y 260 65 39 Fax: (01 662) 260 33 90 ext. 107 CONFIRMAR: ext: 101 Celular, FHR: 01 662 762 597 Celular: PTT: 01662 111 0096 E-mail : ptonella@hotmail.com monravila@gmail.com felixhiguera@hotmail.com pedrotonella@gmail.com fhiguera@salud.gob.mx
Tabasco Dr. Luis Felipe Graham Zapata Secretario de Salud del Estado Dr. Alejandro Madrigal Zentella Director de Salud Psicosocial y Secretario Técnico del Consejo Estatal contra las Adicciones Dr. Francisco Esteban Oyosa Hernández Responsable de Adicciones	Centro Administrativo del Gobierno del Estado, Paseo Tabasco 1504, Col. Tabasco 2000, c.p. 86035, Villahermosa, Tab. Tels: (01 993) 316 34 86 y 316 34 87 Fax: (01 993) 316 28 60 y 316 34 78 e-mail: lgraham@salud.gob.mx Retorno Vía 5 # 104, 3er Piso, Col. Tabasco 2000, c.p. 86035, Villahermosa, Tab. Tels: (01 993) 317 70 49, 316 34 88 al 92 exts. 165 y 166 Tel y Fax: (01 993) 317 70 49, 316 28 60 Cel: AMZ: (01 993) 18 98 384 Cel: FEOH (01 993) 194 40 93 E-mail: lmzentella@hotmail.com pacooyosa@hotmail.com a.madrigal@saludtab.gob.mx

Tamaulipas Dr. Rodolfo Torre Cantú Secretario de Salud del Estado Lic. Laura Elena Gaither Jiménez Jefa del Departamento de Salud Mental y Control de Adicciones y Secretaria Técnica del Consejo Estatal contra las Adicciones Lic. Arianna Cárdenas Cisneros Responsable del Programa de Adicciones	Calle Francisco I. Madero, entre Guerrero y Bravo, Col. Centro, c.p. 87000, Ciudad Victoria, Tamps. Tels: (01 834) 318 63 06 Fax: (01 834) 318 63 00 Ext.7360 e-mail: rtorrec@salud.gob.mx Calle Francisco I. Madero, entre Guerrero y Bravo, Col. Centro, c.p. 87000, Ciudad Victoria, Tamps. Tels: (01 834) 318 63 00 Ext.20521 Fax: Cel: LGJ: 01 834 147 72 10 Cel ACC: 01 834 144 10 90 E-mail: infoadicciones@tamaulipas.gob.mx cecatamaulipas@gmail.com laura.gaither@gmail.com arianna_cardenasc@hotmail.com
Tlaxcala Dr. Julian Velázquez Llorente Secretario de Salud del Estado Dr. Francisco Javier Téllez Morales Director de los Servicios de Salud y Secretario Técnico del CECA Lic. María del Carmen Gaona Hernández Coordinadora de Adicciones	Av. Guillermo Valle # 64, Col. Centro, c.p. 90000, Tlaxcala, Tlax. Tel: (01 246) 462 10 60 exts. 201 y 202 Tel: (01 246) 462 17 77, 462 25 20, 462 53 21 y 462 34 39 Fax: (01 246) 462 36 58 e-mail: juvelazquz@salud.gob.mx Av. Guillermo Valle # 64, Col. Centro, c.p. 90000 Tlaxcala, Tlax. Tel: (01 246) 462 10 60 exts. 700, 701 y 704 462 34 39 Fax: (01 246) 462 10 60 ext. 269 Celular FJTM: (246) 469 11 51 Celular MCGH: 01 246 1258 388 E-mail: gaona.carmen@gmail.com javiertemor@yahoo.com.mx cecatlax@gmail.com cgaonah@yahoo.com.mx
Veracruz Dr. Daby Manuel Lila De Arce Secretario de Salud del Estado Dr. Héctor De Leo Tobalina Secretario Técnico del Consejo Estatal contra las Adicciones Dr. Vicente Juárez Parra Coordinador Operativo del Consejo Estatal contra las Adicciones	Soconusco # 31, Col. Aguacatal, c.p. 91130, Xalapa, Ver. Tel. (01 228) 842 30 00 exts. 1213, 3216, 3217 y 3218 Tels. Dir: (01 228) 8842 30 05 Fax: (01 228) 842 30 00 Ext. 3215 Confirmación: ext.3296. Soconusco # 31, Col. Aguacatal, c.p. 91130, Xalapa, Ver. Tel: (01 228) Directo 842-30-11 y 842 30 00 Ext. 3408 Fax: (01 228) 842 30 00 Ext. 3804 y 3408 Celular HLT: 01 2288 24 1483 E-mail: cecaveracruz@salud.gob.mx hdeleo@ssaver.gob. vjuarezp@ssaver.gob.mx deleotob@xal.megared.net.mx mx

rajarena@yahoo.com.mx

Programa de Acción Específico 2007-2012.

Prevención y tratamiento de las adicciones.

Se terminó de imprimir y encuadernar en Grupo Editorial Raf, S.A. de C.V.

Abasolo No. 40, Col. Santa Úrsula Coapa, Delegación Coyoacán, C.P. 04650

México, D.F.

Agosto de 2008

Esta edición consta de 3,000 ejemplares

