

Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente

Reconocimiento de validez oficial de estudios de nivel superior según acuerdo secretarial 15018, publicado en el Diario Oficial de la Federación del 29 de noviembre de 1976.

Departamento de Estudios Sociopolíticos y Jurídicos Maestría en Derechos Humanos y Paz



Políticas Públicas sobre las adicciones: un estudio de caso

TRABAJO que para obtener el **GRADO** de
MAESTRA EN DERECHOS HUMANOS Y PAZ

Presenta: **MARÍA FERNANDA CAJIGAS ZAVALA**

Tutor **DR. CARLOS MORENO JAIMES**

Tlaquepaque, Jalisco. 04 de abril de 2022

Agradecimientos

A todas las personas que sumaron con su valioso tiempo y experiencias a este estudio de caso.

A las instituciones que amablemente me abrieron sus puertas:
Consejo Estatal contra las Adicciones de Querétaro, DIF Estatal Querétaro, Albergue Guadalupano I.A.P., Quinto paso la alegría de vivir A.C., Asera A.C

A todas las personas cuyo proceso inspira a esta investigación.

A mi tutor, gracias por acompañarme en este proceso.

Finalmente, a mis padres que, sin ustedes, nada de esto hubiera sido posible, ¡gracias infinitas!

Resumen

Este trabajo de obtención de grado de la maestría en Derechos Humanos y Paz tiene como objetivo principal ofrecer un panorama general a la manera en qué se está abordando el trastorno por uso de sustancias en el Estado de Querétaro, así como la incidencia del mismo en políticas públicas integrales. Aborda a detalle la relación cercana que existe entre la construcción social de la población que sufre de trastornos por uso de sustancias y su inclusión en la agenda de políticas públicas.

Da a conocer la situación que guardan algunos de los centros residenciales para el tratamiento de adicciones en Querétaro y cómo el olvido en el que viven gran parte de ellos se vuelve un foco latente para la violación sistemática de derechos humanos. Poniendo en evidencia el vacío en cuanto a políticas públicas y legislación que busquen atender esta creciente problemática.

Finalmente, y a manera de conclusión se proporcionan una serie de recomendaciones a los principales actores como resultado al análisis del caso.

Palabras clave: adicciones, estigma, construcción social, políticas públicas, centros residenciales de tratamiento, salud mental, Querétaro.

ÍNDICE

<u>MAESTRÍA EN DERECHOS HUMANOS Y PAZ</u>	<u>1</u>
<u>ÍNDICE</u>	<u>4</u>
<u>ÍNDICE DE ILUSTRACIONES</u>	<u>6</u>
<u>ÍNDICE DE TABLAS</u>	<u>6</u>
<u>I. INTRODUCCIÓN</u>	<u>8</u>
<u>II. LAS ADICCIONES COMO UN PROBLEMA DE POLÍTICA PÚBLICA</u>	<u>10</u>
2.1 AGENDA PÚBLICA Y DISEÑO DE POLÍTICAS PÚBLICAS: LA DISCUSIÓN TEÓRICA	10
2.2 HACIA UNA NUEVA CONSTRUCCIÓN SOCIAL DEL FENÓMENO DE LA ADICCIÓN	18
<u>III. DIAGNÓSTICO SOBRE EL PROBLEMA DE LAS ADICCIONES EN MÉXICO</u>	<u>24</u>
3.1 DIMENSIÓN DE LA PROBLEMÁTICA EN MÉXICO	24
3.2 ABORDAJE DEL PROBLEMA DESDE LA LEGISLACIÓN	31
3.3 VIOLACIONES A DERECHOS HUMANOS Y NO CUMPLIMIENTO DE LA NOM-028-SSA2-2009	34
SOBRE EL INGRESO INVOLUNTARIO	36
3.4 LA PERSPECTIVA DE LOS ACTORES POLÍTICOS	37
<u>IV. ESTUDIO DE CASO: QUERÉTARO</u>	<u>39</u>
4.1 POLÍTICA PARA LAS ADICCIONES EN QUERÉTARO: EL ESTADO DEL ARTE	40
4.2 ANÁLISIS DEL CASO	42
VISIÓN DE Y DESDE LOS CENTROS	47
4.3 EL ESTIGMA DE UNA POBLACIÓN OBJETIVO	53
<u>V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</u>	<u>56</u>
COMO SOCIEDAD CIVIL	56
COMO AUTORIDAD O PERSONA TOMADORA DE DECISIONES	58
COMO DIRECTIVO DE ALGÚN CENTRO RESIDENCIAL	60
MODELOS ALTERNATIVOS	61

Índice de ilustraciones

Ilustración 1. Etapas de las políticas públicas.....	11
Ilustración 2. Campaña de Harry Aslinger obtenida de: Haari, J. (2015). Chasing the Scream. USA, p.187	21
Ilustración 3. Gráfica de tendencias de la media de edad de inicio del consumo de drogas en la población de 12 a 65 años.....	27
Ilustración 4. Aspectos más relevantes que surgen de todas las entrevistas.....	43
Ilustración 5. Directorio de Establecimientos Especializados en el Tratamiento de las Adicciones en Modalidad Residencial Reconocidos por la CONADIC.....	49

Índice de Tablas

Tabla 1. Construcción social y poder político: tipos de poblaciones-objetivo	15
Tabla 2. Impacto del diseño de políticas en diferentes poblaciones-objetivo	16
Tabla 3. Estrategia de políticas MPOWER	29
Tabla 4. Tabla de entrevistas con actores clave (septiembre - Octubre 2021)	39

“A todas aquellas personas que han encontrado, o están en la constante búsqueda de nuevas y mejores formas de vida, y que, a través de su propio proceso transformativo construyen paz.

Es esta travesía en común la que al final nos hace humanos.

A todos nosotros, sigamos en la misma búsqueda.”

I. Introducción

Hablar de adicciones en México, sigue siendo un tema complejo, pues sin duda la población de personas con este trastorno sigue siendo considerada como una población “no deseada” y comúnmente asociada a una serie de estigmas y prejuicios. Debido a ello (y aunado a la condición de dependencia en sí), se convierten en un grupo altamente vulnerable (y vulnerado) e históricamente relegado y olvidado.

Dentro de la vulneración de derechos hacia este grupo en particular se destaca la más común que es al momento de recibir algún tratamiento, pues, de entrada, se encuentra el primer obstáculo en cuanto al acceso. Lamentablemente en México, únicamente quién tiene cierto nivel socioeconómico puede recibir un tratamiento residencial adecuado y de calidad ya que no existe como tal un tratamiento residencial gratuito, o bien asequible, y de calidad. Esta realidad, que como se demostrará en esta investigación, va en aumento en México deja en claro que las estrategias tomadas a nivel de políticas públicas en cuanto a la prevención y tratamiento no han sido adecuadas, un aspecto clave es el abordaje que se le ha dado, el cual ha contribuido a seguir estigmatizando a esta población.

La investigación plantea la situación como un problema social que debe ser tomado con la importancia y puntualidad que merece por el simple hecho de ser un tema de salud pública; por lo cual es urgente su regulación dentro del marco legal y de políticas públicas. Propone como eje central el estudio y análisis de cómo la construcción social respecto a las personas que padecen trastornos adictivos en México influye de manera directa sobre las políticas públicas y atención que se les brinda, de lo cual surge el siguiente argumento: *como consecuencia de la construcción social negativa (estigma) que se tiene de la persona adicta, las políticas públicas en materia de salud mental y (específicamente) en temas de adicciones se ven afectadas y/o no priorizadas.*

Es por ello que, al mismo tiempo, se hace una urgente invitación a replantear la manera en la que se aborda el tema del trastorno de adicción-dependencia, para así poder generar un cambio de percepción. Lo anterior requiere de un nuevo enfoque para

dejar de centrarse en el problema de consumo/abuso de sustancias como tal y empezar a llamarlo y tratarlo como lo que es: un trastorno mental de gran complejidad y alcance que requiere de un tratamiento integral, de calidad y accesible a toda la población. Para ello será necesario comprender que el consumo problemático de cualquier sustancia es únicamente el síntoma (visible) de un trastorno que involucra a familias enteras. Podría decirse que el consumo problemático es la punta del iceberg de una problemática social mucho más compleja y profunda. Sin embargo, quien recibe todo el peso y juicio es quien padece el síntoma.

A través de esta investigación se hizo un diagnóstico basado en la estadística disponible para medir la problemática, se recabó información sobre el marco jurídico y políticas públicas vigentes, y posteriormente se realizaron entrevistas a profundidad con distintos actores involucrados en el tema en la ciudad de Querétaro. Finalmente, se hace una serie de recomendaciones con base en todo lo observado mediante el estudio de caso. Es imprescindible generar este tipo de evidencia con el objetivo de hacer visible lo que muchas veces hemos vuelto invisible, para dar voz a los que por distintos motivos han sido apartados de la agenda política. Es relevante a la materia de derechos humanos, abonar con políticas públicas integrales e incluyentes a todos los sectores y grupos vulnerables, dejando de lado intereses políticos de por medio.

II. Las adicciones como un problema de política pública

Este capítulo expone cómo el tema de las adicciones es relevante para las políticas públicas, proporcionando un marco teórico para su abordaje desde éstas. Asimismo, busca analizar la inserción y priorización de dichas políticas dentro de la agenda pública y la estrecha relación con el tipo de población al que van dirigida (población objetivo); haciendo énfasis entre el ser y deber ser. Proporciona en su segunda sección una propuesta hacia una nueva construcción, *-reconstrucción-* social de una población histórica y políticamente estigmatizada desde hace casi un siglo. El objetivo general del capítulo es delimitar la construcción de la agenda pública en relación con los distintos tipos de población que busca atender y cómo este factor se vuelve determinante al momento de priorizar acciones concretas y articuladas.

2.1 Agenda pública y diseño de políticas públicas: la discusión teórica

Hablar de política y políticas públicas, sobre todo en su elección y elaboración, es un tema que se ha estudiado desde diversos enfoques teóricos, uno de los cuales supone que se trata de procesos precisos y claramente estructurados; especialmente cuando se busca presentar alguna cuestión o problemática dentro de la agenda pública. Existen diversos enfoques para el análisis de una política pública, desde la suma de todas las acciones del gobierno, o desde una parte específica del proceso, lo que queda claro es que lo que pareciera más relevante es el resultado: ¿el Estado logra o no satisfacer (o garantizar) las necesidades de cierto grupo? Para llegar a ello, Paul Cairney (2019) sugiere establecer de manera clara la línea de análisis y redefinir conceptos.

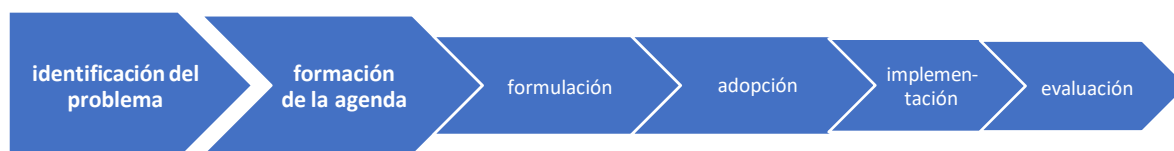
Muchos gobiernos han hecho compromisos para controlar el consumo de tabaco, pero hay una variación inmensa en el contenido sustantivo del compromiso en el mundo. Dado que los compromisos iniciales no son una buena guía para conocer lo que pasa después, se pierde mucho si se equipara la política pública con las decisiones iniciales (Cairney, 2019)

Cabe hacer la distinción que no toda acción efectuada por el gobierno es una política pública. Si bien las políticas públicas son acciones de gobierno, tienen “objetivos de interés público que surgen de decisiones sustentadas en un proceso de diagnóstico y análisis de factibilidad, para la atención efectiva de problemas públicos específicos, en donde participa la ciudadanía en la definición de problemas y soluciones” (Franco Corzo, 2013). Por lo tanto y hasta este punto, surge la participación de un segundo actor clave dentro de las políticas públicas: la ciudadanía o sociedad civil. De lo contrario a lo que comúnmente se piensa o asume, las políticas públicas se construyen de forma transversal y multisectorial, es decir, no vienen desde una estructura vertical (unilateral).

Algunos autores han buscado clasificar las políticas públicas, en relación con sus objetivos. Theodor Lowi (1964), las clasifica desde un enfoque politólogo en: 1. Regulatorias, que logran la realización o no realización de conductas deseadas a través de acciones que promueven o sancionan las mismas. 2. distributivas, que se encargan de prestar bienes o servicios a los ciudadanos, 3. Redistributivas, que consisten en recaudar de algunos para distribuir a otros y 4. Constituyentes, cuando modifican la organización misma del Estado.

Para el tema concreto de adicciones y en función de los objetivos y resultados deseados estaríamos hablando de políticas públicas distributivas pues se trata de proveer un servicio de salud (tratamiento) y también regulatorias pues existen diversos centros de internamiento que proporcionan tal servicio, pero de formas no adecuadas e incluso ilegales.

Ilustración 1. Etapas de las políticas públicas.



Elaboración propia con base en Schneider & Ingram (1993)

Si bien se ha proporcionado un enfoque o perspectiva de análisis desde los objetivos, ahora se aborda la perspectiva desde las etapas tempranas de la formulación de la

misma agenda política, pues resulta un elemento clave para poder identificar a los distintos actores que participan en cada una de las etapas y como ellos influyen de manera directa en la construcción social de la población objetivo a atender y por tanto de la problemática en sí.

Como se cita en Schneider & Ingram (1993), la elaboración de políticas públicas se divide en: identificación del problema y formación de la agenda, formulación, adopción, implementación y evaluación. Dentro de estas cinco fases, cabe mencionar que la más relevante a esta investigación es la de *formación de la agenda*, ya que, debido a la naturaleza del problema y su construcción social (de la que más adelante se hablará a detalle), es un tema que no ha logrado ser priorizado.

Para los fines de este trabajo, es de gran relevancia exponer el análisis del tema de las adicciones como una problemática que requiere ser priorizada dentro de dicha agenda.

Para Aguilar Villanueva (1993), por formación de agenda se entiende como el conjunto de problemas, demandas, cuestiones y asuntos que los gobernantes han seleccionado y ordenado como objetos de su acción, “y más propiamente, como objetos sobre los que han decidido que deben actuar” (Villanueva, 1993: 29). Aguilar Villanueva retoma los dos tipos de agenda que existen: *la agenda sistémica* y *la agenda institucional*. Si bien, ambas tratan asuntos de interés público, la agenda sistémica tiene como función encargarse de cuestiones abstractas, generales y globales como lo son la contaminación, la pobreza extrema, entre otros. Por otro lado, la agenda institucional es más específica, concreta y acotada, y está referida directamente a las dependencias gubernamentales correspondientes. Es por ello que el tema de las adicciones puede desglosarse de la siguiente manera: 1. Dentro de la agenda sistémica como un tema de salud pública y 2. De manera específica y especializada como un tema de una *política pública integral contra las adicciones*. “[...] Cuanto más amplio sea el público al que se ha expandido una cuestión, mayor será la probabilidad de que se presione efectivamente al gobierno y se coloque en la agenda formal” (Aguilar, 1993: 36).

Como se mencionó, para generar la *presión* suficiente y lograr permear en la agenda política institucional, es necesario presentarse la argumentación necesaria y proceso estructurado, es decir, definir el problema/problemática, ya que la solución forma parte de la misma definición del problema. Y para este punto es relevante hacer énfasis también en los actores involucrados pues resulta evidente que quien exige o demanda es la sociedad. Esto quiere decir que, como se menciona al inicio de este capítulo, existe corresponsabilidad e involucramiento directo por parte de la sociedad, sobre todo en esta etapa inicial del ciclo de las políticas públicas y resulta fundamental dicha participación para generar resultados concretos. Si el tema no es demandado como un problema de salud, difícilmente llegará a figurar dentro de la agenda sistémica.

Si bien el Estado es concebido en su origen (y función) como el ente encargado de resolver problemáticas sociales, no todos los problemas, logran llamar la atención gubernamental y despertar su iniciativa, “no todos logran con la misma facilidad y certeza, formar parte del temario de los asuntos públicos y colocarse entre los asuntos prioritarios del gobierno” (Aguilar, 1993: 23).

En décadas pasadas, los gobiernos activistas en México y el mundo, hicieron suyo cualquier tipo de problemática y necesidad, se vieron involucrados en regulaciones, gastos y programas de toda índole (especialmente para combatir la pobreza extrema) hasta que se vieron fuertemente afectados fiscalmente. Al verse involucrados en todo tipo de problemática, su ineficiencia para atender cada necesidad quedó en evidencia y fueron fuertemente deslegitimados. Aguilar Villanueva en su *estudio introductorio a problemas públicos y agenda de gobierno* (1993) reitera que después del aprendizaje, los gobiernos empezaron a ser más cuidadosos y ponderados en armar su agenda y “seleccionar” sus prioridades, ya que, “no todas las cuestiones se estaban volviendo públicas, ni todas las cuestiones públicas se volvían cuestiones que debían ser objeto de la acción gubernamental, “agenda” del gobierno” (p. 24). Sin embargo esta situación sigue permeando al día de hoy.

De acuerdo con Anne Schneider y Helen Ingram (1993), la construcción social tiene una influencia directa en la agenda pública y en la selección de políticas públicas.

Esta teoría explica el por qué ciertos grupos (población) tienen mayor ventaja sobre otros y es por ello por lo que la construcción social que se tiene sobre ciertas poblaciones en específico es crucial para el establecimiento de agenda, formulación e implementación de políticas públicas.

La construcción social de las poblaciones específicas se refiere a, “la caracterización cultural o imagen popular de las personas (grupos) cuyo comportamiento y/o bienestar es afectado por las políticas públicas” (Scheider & Ingram, 1993: 331). Esta atribución de características corresponde a la definición que se tiene dentro de una sociedad de ciertos estereotipos, dando pie a la estigmatización de algunos grupos o sectores de la población. Existen ciertas características o condiciones que enfrentan determinados grupos de personas o sectores de la población que los posicionan en una condición de vulnerabilidad. “Esta condición [...] causa exclusión, privación de necesidades básicas derivadas en prácticas y políticas que van a colocar a un grupo de personas en una posición de falta, debilidad y vulnerabilidad” (Perelman, 2017: 28).

Por otro lado, existen ciertos grupos que debido a la construcción social que se tiene de ellos, poseen cierta ventaja con respecto a los demás al momento de ser elegibles para la agenda pública. “Las construcciones sociales de grupos específicos son fenómenos medibles y empíricos. Se pueden generar datos a través del historial legislativo, estatutos y medios” (Schneider, 1993: 336). De acuerdo con esta construcción y clasificación de tipo de población, se considera su priorización dentro de la agenda política, tal y como se muestra en la tabla 1.

Tabla 1. Construcción social y poder político: tipos de poblaciones-objetivo

CONSTRUCCIONES

		Positiva	Negativa
PODER	Fuerte	PRIVILEGIADOS Adultos mayores Empresarios Veteranos Científicos	CONTENDIENTES Grandes empresas (gerentes generales) Elite Clase alta Mayoría moral
	Débil	DEPENDIENTES Niños Madres Sintecho/discapacitados	*DESVIADOS Delincuentes Drogadictos Pandillas Oposición

Fuente: traducción de la autora al español tomado del texto de Schneider & Ingram (1993, 336)

“Hay una fuerte presión para los agentes públicos para proveer de políticas favorables a poblaciones constituidas positivamente y para establecer políticas punitivas (orientadas al castigo) para grupos negativamente contruidos” (Schneider, 1993: 334). Una de estas presiones se debe a motivos políticos como lo son las represalias electorales para el gobierno, es decir, las personas “merecedoras” según la ciencia política, son las que tienen cierto poder dentro de las elites.

Cabe señalar que las personas con trastorno de adicción dependencia entran en la categoría de “*deviants*” (desviados), lo cual de entrada proporciona una connotación totalmente negativa y desfavorable pues se encuentran a la par con los criminales. Esto impacta directamente a la estigmatización antes mencionada y claramente representa una violación al derecho a la no discriminación. “Cuando hay políticas dirigidas a grupos “*desviados*”, como programas de rehabilitación, normalmente buscan cambiar a la persona a través de métodos autoritarios, en lugar de atacar los problemas estructurales” (Schneider, 1993: 341).

Cabe mencionar que las personas con trastorno de adicción-dependencia, al ser un grupo con bajo impacto dentro de la política y altamente estigmatizado por los medios, religión, cultura y sociedad en general; a diferencia de los grupos socialmente contruidos de manera positiva, son vistos y tratados como objetos, en lugar de clientes del gobierno y la burocracia. Como consecuencia de lo anterior, ocurre que, dependiendo del tipo de construcción social de cada población objetivo, la relación de ellas con el gobierno es muy variable, repercutiendo directamente en el diseño de políticas, es decir que, el gobierno tiene a sus grupos mayormente favorecidos como se muestra en la tabla 2

Tabla 2. Impacto del diseño de políticas en diferentes poblaciones-objetivo

<i>Tipos de población-objetivo</i>				
Tipos de impacto	Privilegiada	Contendiente	Dependiente	*Desviada
Mensaje personal				
Tus problemas son →	Importantes	Controversiales/ en conflicto con otros intereses	Indefensos/de mucha necesidad	Tu propia responsabilidad
El gobierno debería tratarte →	Con respeto	con miedo o cuidado	Con lástima	Con odio/indiferencia
Orientaciones				
Hacia el gobierno →	De apoyo, coincide con el interés público	Sospechoso/vigilante	Desinteresado/pasivo	Enojado/reprimido
Participación				
Movilización potencial (voto, grupos de interés político) →	Alta	Moderada	Baja	Baja

Fuente: traducción de la autora al español tomado del texto de Schneider & Ingram (1993, 341)

Tras hacer un análisis de los datos y argumentos presentados, y a manera de incluir y resaltar la problemática de una falta de políticas públicas incluyentes en el tema de la adicción, es imprescindible y urgente generar un cambio en cuanto a la percepción (construcción social) del problema, para que al menos califique como tema urgente dentro de la agenda pública. Si bien se han expuesto también los argumentos

económicos a favor de contar con políticas incluyentes, es conveniente recalcar el papel que juega la ética dentro de las políticas públicas.

De acuerdo con Mauricio Merino (2008), las políticas públicas no deben limitarse a análisis econométricos ni deben estar desprovistas de todo contenido ético ya que “perderían su profundidad e incluso su eficacia”. Las políticas públicas suponen una decisión tomada desde una posición de poder y tienen siempre un impacto sobre el espacio público, es por ello que “... al elegir los problemas públicos (agenda), se realiza también una afirmación de valores” (Merino: 2008, 48).

Mark H. Moore (1976) hace un estudio del problema de la heroína en Estados Unidos y cómo éste puede ser abordado a partir de puntos muy distintos desde las políticas públicas dependiendo de los objetivos que se busquen. Si bien, para algunas problemáticas resulta bastante claro definir dichos objetivos, para el tipo de población-objetivo en cuanto al tema de adicciones, se vuelve un tanto más complejo pues podrían existir diferentes objetivos; para algunos podría ser enfocada únicamente a reducir el consumo, para otros el objetivo podría ser mejorar la calidad de vida de quienes consumen. Para algunos el dejar de consumir en automático implicaría una mejora en la calidad de vida del consumidor. Sin embargo, se trata de un fenómeno de mayor complejidad pues existen distintos factores debido a las construcciones sociales y estigma que rodean a dicha población.

Lo que es importante recalcar, tomando el análisis de Moore con la heroína a finales de los años 70s, es que, sin duda las acciones específicas para la política pública dependerán totalmente de cómo se plantea la problemática y por tanto su objetivo último. [...] “todos los enfoques se pueden distinguir por una variedad de fórmulas. La “postura del cumplimiento de la ley” contrasta con la “postura médica”. Las políticas que atacan los “síntomas” en contraste con las políticas que atacan “las raíces de las causas” (Moore en Aguilar, 1993: 191). Moore plantea identificar todos los atributos del problema y cómo estos atributos llegan a afectar a la sociedad en general (no sólo al consumidor), convirtiéndolo en un tema público como se ha hecho hasta el momento,

sin embargo, ésta forma de abordar la adicción lejos de ser exitosa, ha generado un fuerte estigma y criminalización de esta.

Una manera alternativa de abordar el tema es la de la obligación del Estado de motivar y ayudar a cada uno de sus ciudadanos a que disfruten una vida digna. De acuerdo con la aproximación de Moore, “una sociedad es entonces indigna si permite o es indiferente a cualquier actividad que deshumanice o prive a sus miembros de sus capacidades esenciales para juzgar, elegir y actuar” (Moore en Aguilar, 1993: 197), lo cual de cierta forma va ligado a la forma en la que se ha ejercido el poder, a través del No, la prohibición y las medidas punitivas.

2.2 Hacia una nueva construcción social del fenómeno de la adicción

Para comprender de una mejor manera la complejidad del problema, es pertinente partir desde las definiciones (conceptos) que la literatura especializada proporciona al hablar de la adicción. Cabe mencionar que distintas fuentes catalogan a la adicción de formas muy diversas, es decir, no existe una catalogación homogénea del trastorno.

Si partimos desde la definición del Instituto Nacional de Psiquiatría (2016), una adicción es: “el consumo repetido de una sustancia psicoactiva (droga) que provoca una necesidad urgente e inevitable de seguir usándola sin importar las consecuencias...”, según el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), se conoce como “adicción a las drogas o drogadicción, al consumo frecuente de estupefacientes, a pesar de saber las consecuencias negativas que producen...”. Claramente ambas definiciones propuestas por los institutos mexicanos especializados en temas de salud están centradas en el hábito (el consumo) y no catalogan este “hábito” como una enfermedad o trastorno como tal. Por otro lado, la última actualización del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5 (2018) y el manual MSD, refieren que: “los términos comunes: “adicción”, “abuso” y “dependencia” a menudo se han utilizado en relación con el consumo de sustancias, pero estos términos son demasiado indefinidos y variables [...] El trastorno por uso de sustancias es más amplio y tiene menos connotaciones negativas” (Manual MSD, versión para profesionales).

De acuerdo con la OMS, la adicción “es una enfermedad física y psico-emocional que crea una dependencia o necesidad hacia una sustancia, actividad o relación. Se caracteriza por un conjunto de síntomas y signos, en los que se involucran factores biológicos, genéticos, psicológicos y sociales”. El diccionario de la Real Academia Española define adicción como la “dependencia a sustancias o actividades nocivas para la salud”. Si bien estas distintas fuentes tienen factores en común tales como los síntomas, niveles e incluso orígenes, sin embargo, todas están enfocadas en la evidente consecuencia del problema: el consumo. Es aquí en donde surge la *construcción social negativa* del problema.

Al utilizar el consumo como el punto de partida al definir una adicción, se está dejando de lado que este es únicamente el síntoma de un trastorno mental de gran complejidad y alcance, y sobre todo, que este consumo es involuntario; y que de acuerdo a la American Psychiatric Association (2013) muchas veces es la consecuencia de algún otro trastorno (diagnostico dual); los trastornos relacionados con sustancias se dividen en dos grupos: los trastornos por consumo de sustancias y los trastornos inducidos por sustancias, es decir, los trastornos que se llegan a desencadenar por el consumo de sustancias.

Tomando la definición del DSM-5 como la más completa e incluyente, se dice que los trastornos relacionados con sustancias abarcan diez clases de drogas distintas: alcohol, cafeína, cannabis, alucinógenos (en diferentes categorías), inhalantes, opiáceos, sedantes, hipnóticos, ansiolíticos, estimulantes y tabaco. No obstante, se hace referencia a que además del consumo de sustancias, dentro del trastorno también se incluye el juego patológico, el sexo, entre otros; pues “cualquier droga consumida en exceso provoca una activación directa del sistema de recompensa del cerebro que participa en el refuerzo de los comportamientos y la producción de recuerdos” (p.253).

Como se ha venido mencionando como eje central de esta investigación, cabe resaltar que, a lo largo de la historia, han existido distintas enfermedades, daños o alteraciones que han sido motivo de estigmatización debido a ciertas características que implican, logrando apartar a la persona de su entorno social, vulnerando su dignidad,

distanciándola de poder recibir el apoyo necesario y finalmente siendo marginada. Pascual Mollá (2017) toma la definición de Goffman para definir el “estigma” como: “una expectativa de descredito. Juicio de uno mismo por otros en un contexto particular” (p.2). Este tipo de juicio se ha visto en enfermedades como la lepra, VIH/SIDA, y particularmente en todo tipo de enfermedades/trastornos mentales.

El consumo de alcohol y otras drogas hacen que la persona tenga conductas no adecuadas al constructo social [...] presentan en ocasiones actuaciones delictivas y se les relaciona, con accidentabilidad, malos tratos o delincuencia. Calificándolos, de viciosos o delincuentes, sin tener en cuenta su condición de persona que ha perdido el control sobre sus actos o la necesidad imperiosa a de consumo por la propia adicción a la sustancia. (Mollá, 2: 2017)

Es claro que, de manera histórica, la relación en torno a las drogas que se ha tenido por parte de los gobiernos y grupos de poder ha sido para fines económicos y políticos, queda claro que es un negocio redituable que no conviene ser regulado para muchos actores clave. Si bien, esta investigación no se centra en hacer un análisis profundo de la historia de las drogas y la relación de las mismas con los seres humanos, pero si un análisis del estigma de esta población específica; por lo tanto, valdría la pena hacer una breve recapitulación histórica para comprender de dónde y por qué surge esta construcción social negativa.

¿Qué hay detrás del estigma?, y cómo esos llamados *Mythos*¹ (Raimon Panikkar: 1999) siguen nublando y determinando la visión general y colectiva que se tienen con respecto a ciertos temas. Para ello, se toma como referente el estudio realizado por Johan Haari (2015), con el objetivo de conocer precisamente la realidad detrás de la mundialmente reconocida “guerra contra las drogas” y cómo la declaración de dicha guerra durante la época de la prohibición en Estados Unidos (1919-1933) con Harry Aslinger, quien eventualmente fue creador y primer oficial del Departamento de la Unidad de Prohibición de la Oficina Federal de Narcóticos. En esta búsqueda por dar explicación a

¹ Para Panikkar un *Mythos* es el horizonte a partir del cual toda la realidad de una cultura cobra sentido.

la criminalización del consumo de sustancias, Haari explora a profundidad la vida de Aslinger encontrando el punto coyuntural en una persona con diversos traumas y vivencias personales en donde el mismo admite haberse dado cuenta de “los males de las drogas” y fue entonces cuando se propuso que el consumo estuviera penado. Al darse cuenta de que el consumo no disminuía aun estando penado decidió iniciar su cruzada nacional para “demonizar” las drogas y a sus consumidores. La ayuda de una prensa sensacionalista fue clave para llevar a cabo esta tarea de forma exitosa, pues rápidamente el miedo y criminalización hacia esta población se volvió inminente en todo el país.

Incluso existe gran polémica por los métodos utilizados por Aslinger en dicha “guerra contra las drogas” pues cometió una serie de ejecuciones extrajudiciales hacia la creciente población que presentaba problemas de consumo agravados por su falta de acceso a las sustancias, en dónde muchas veces la población adicta optaba por infringir las leyes para tener acceso, confirmando y alimentando la aversión por parte de Aslinger hacia esta población como se muestra en la ilustración 2:

Ilustración 2. Campaña de Harry Aslinger obtenida de: Haari, J. (2015). *Chasing the Scream*. USA, p.187



Se culpó a la guerra contra a las drogas en si- porque forzó a la policía a tratar a la gente enferma como criminales. Imagina que el gobierno persiguiera a los enfermos de diabetes, le pusiera un impuesto alto a la insulina, la prohibiera del mercado [...] encima los mandara a la cárcel. Si hicieran eso, todo el mundo pensaría que es una locura. Sin embargo, hacen prácticamente lo mismo todos los días con personas enfermas enganchadas con las drogas (Haari, 2015: 31).

Como contra respuesta a la campaña estigmatizante que el gobierno de Estados Unidos sostuvo por casi 15 años, el sociólogo Alfred Lindersmith, publica su libro: *"The addict and the law"* (1965), en dónde expone no sólo del fracaso de la dicha política, sino el trato inhumano hacía la población adicta; proponiendo de una política pública y de Estado que aborde la adicción cómo una enfermedad y el adicto sea tratado como tal, reciba tratamiento y medicación de ser necesario. Se vuelve evidente que el problema del trato y formas de abordar el tema de adicciones y a la población adicta lleva al menos 20 años, comprobando cómo por más que se trabaje en un sentido, desde políticas más incluyentes y que busquen dignificar la vida de las personas con dependencia a sustancias, no funcionará si no se trabaja simultáneamente el tema de la sensibilización orientada a una nueva construcción social.

Otro de los factores agravantes dentro del estigma y/o criminalización por el consumo de sustancias en la actualidad, es el *autoestigma* de quien padece el problema. Dicho autoestigma comúnmente lleva al aislamiento y segregación, individual y de familias enteras. Como se ha venido mencionando, se considera de suma importancia el poder abordar este problema que involucra directamente a los Derechos Humanos desde un nuevo enfoque y construcción, abandonando el estigma, demonización y criminalización que se inició hace casi cien años.

El médico canadiense experto en salud mental y trastornos relacionados con sustancias Gabor Maté propone un nuevo enfoque del estudio y tratamiento: "El tratamiento de adicción requiere mucha compasión, mucha ayuda, mucho entendimiento, y no consecuencias severas o medidas punitivas" (Mate en Lang: 2019). Lamentablemente en México, los tipos de tratamientos disponibles y accesibles para el

grueso de la población están centrados en este tipo de medidas y tratos. Sobre los tipos de tratamientos que proporciona la Secretarías de Salud Pública se hablará un poco más a detalle en el siguiente capítulo. Cabe destacar que no existe ningún tratamiento residencial de calidad gratuito para la población que no puede pagar los costos de una clínica privada.

Según Maté (2019), no hemos entendido el trastorno pues existe un total fracaso en la mayoría de las modalidades de tratamiento, pues dejar de consumir es solo una parte del proceso de recuperación que es complejo y largo, más aún si “no estamos mirando su naturaleza real como una respuesta al sufrimiento humano”. Retomando el eje central de la investigación, es urgente replantear y dar un nuevo enfoque a la forma de plantearnos el tema del trastorno asociado al uso de sustancias, para así poder redefinir la construcción social que se ha formado al respecto, reconstruir.

La Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el alcoholismo y otras toxicomanías (Socidrogalcohol), citado por Molla (2017), propone un plan de sensibilización con el objetivo de reducir la estigmatización de personas con trastornos adictivos en donde se destaca lo siguiente: es necesario favorecer el abordaje integral público y gratuito, así como “reclamar y reforzar los derechos de los pacientes para que reciban un trato y atención como cualquier otro paciente que pueda sufrir otra patología” (p.4). Finalmente plantean dos aspectos en concreto: 1. Que la adicción sea vista y tratada como una enfermedad y 2. Que cualquiera puede sufrirla y que su aspecto, edad, sexo, y condición misma, no debe servir para etiquetar a la persona.

III. Diagnóstico sobre el problema de las adicciones en México

Este capítulo proporciona el estado actual de las adicciones desde su abordaje a partir de la legislación y desde la perspectiva de actores políticos. Inicia proporcionando un panorama general para dimensionar el problema a nivel nacional, y posteriormente centrar el análisis a la problemática y legislación en materia de adicciones específica en el Estado de Querétaro.

3.1 Dimensión de la problemática en México

“No hay salud, sin salud mental”.

Puede leerse en el epígrafe el lema que la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha enfatizado desde el 2005. Es pertinente aclarar lo que se entiende por salud mental para posteriormente presentar las principales leyes e instrumentos que la avalan. De acuerdo con la publicación realizada por Omar Fernando Becerra: “la salud mental en México, una perspectiva histórica, jurídica y bioética” (2014),

Se entiende por salud mental el estado de bienestar que una persona experimenta como resultado de su buen funcionamiento en los aspectos cognoscitivos, afectivos y conductuales, y, en última instancia, el despliegue óptimo de sus potencialidades individuales para la convivencia, el trabajo y la recreación. (p.241)

Dentro del contexto actual la población mundial, en general, se ve obligada a llevar estilos de vida poco saludables. Según el informe sobre la situación del consumo de drogas en México y su atención integral, efectuado por la Comisión Nacional Contra las Adicciones (CONADIC), en conjunto con la Secretaría de Salud (2019), el consumo de drogas en México ha ido en aumento en los últimos años y representa un problema de salud pública. Hablar de salud mental a nivel mundial implica una serie de estereotipos, vergüenza y estigmatización que hacen aún más complejo y propenso tanto al enfermo como a su comunidad cercana a este tipo de violaciones. Según el

Manual de Recursos de la OMS sobre Salud Mental: Derechos Humanos y Legislación (2016), “las violaciones de derechos humanos y libertades básicos, y la denegación de derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales a aquellas personas que sufren de trastornos mentales son un suceso común alrededor del mundo” (p. 19).

De acuerdo con una investigación publicada por el Centro de Investigación Económica y Presupuestaria (CIEP), el presupuesto para la salud mental en México para el 2020 tuvo un recorte del 9.6% con respecto al 2013. En este periodo de tiempo, se asignó (en promedio) el 2.1% del presupuesto de la Secretaría de Salud. En 2017, la Secretaría de Salud destinó para la salud mental el 2% del presupuesto total asignado, del cual se emplea un 80% para mantener hospitales psiquiátricos y muy poco se destina a detección, prevención y rehabilitación (Senado de la República, 2020) por ende, se ha provocado que la Salud Mental en México sea una de las especialidades menos atendidas hasta hoy fecha (Llanos Guerrero A. & Méndez, s.f.).

Según datos de la OMS (2021), los países alrededor del mundo utilizan el 2% de su presupuesto para temas de salud mental; cabe mencionar que, si bien México invierte lo mismo en porcentaje que el resto del mundo, eso no resta que la problemática no está siendo abordada de manera adecuada pues las enfermedades y trastornos relacionados con salud mental siguen incrementando y al menos en México, no existen tratamientos (de calidad) gratuitos o accesibles para la mayoría de la población.

Hoy en día, México, así como el resto del mundo, atraviesa un sinnúmero de cambios económicos, políticos, ambientales y sociales que tienen una repercusión directa en la vida de las personas, específicamente hablando de temas de salud mental (sin considerar la pandemia actual que ha afectado a todo el mundo desde el año 2020). Según información presentada por la OMS (2016) se estima que en 2014 había entre 167 y 315 millones de usuarios de sustancias de abuso o drogas, entre las edades de 15 y 64 años. Esto significa entre 3.6 y 6.9% de la población adulta en el mundo. En México, el consumo y abuso de drogas en los últimos años, se ha ubicado como uno de los problemas de salud pública de mayor relevancia, debido a las consecuencias sanitarias

y sociales que experimentan quienes las consumen. Esto arroja y pone en evidencia que el tema de consumo y, sobre todo, el abuso de sustancias es ya un tema de salud pública que concierne no solo a la Secretaría de Salud y al Consejo Nacional Contra las Adicciones, sino a la población en general desde un tema de sensibilización.

A nivel nacional, se recolecta información sobre dicho consumo a través de la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT) , su última versión (2016-2017) se ha realizado en colaboración de la Secretaría de Salud, el Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC), el Instituto Nacional de Salud Pública, el Instituto Nacional de Psiquiatría y el Centro de Investigación en Evaluación y Encuestas (IEE) y utiliza el cuestionario de la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA), en su última versión del año 2011; dicho cuestionario se divide en: consumo de alcohol, consumo de tabaco y consumo de drogas; y se llevó a cabo en 15,571 hogares (16,249 individuos, de los cuales 3,849 fueron adolescentes de entre 12 y 17 años, y 12,400 adultos de 18 a 65 años), en 8 regiones del país: norcentral, noroccidental, nororiental, occidental, centro, centro sur, sur y CDMX.

Gracias a la ENA, es posible estimar la prevalencia del uso y abuso de sustancias (alcohol, drogas no legales y tabaco), así como evaluar las tendencias de consumo (incluida la dependencia), necesidades de atención y uso de servicios relacionados. Como resultado de la Encuesta, la droga de impacto más frecuente a nivel nacional fue el alcohol, mencionado por 29, 417 personas; 10,450 personas mencionaron la cocaína, 8,235 a la marihuana y 6,950 las metanfetaminas.

Como se ha mencionado, la encuesta abarca todo tipo de consumo sin embargo, y para fines prácticos de ésta investigación, se profundizará únicamente en las tendencias de dependencia, en las cuales, por ejemplo se muestra que el 4.1% de los adolescentes de entre 12 y 17 años presentaron dependencia al alcohol y el 6.6% de los adultos de entre 18 y 65 años presentaron dependencia; en cuanto a la variación regional, la encuesta arroja que las regiones centro (Puebla, Tlaxcala, Morelos, Estado de México, Hidalgo, *Querétaro*² y Guanajuato) y norcentral (Coahuila, Chihuahua y

² Posteriormente se presenta el estudio de caso del Estado de Querétaro.

Durando) presentan una prevalencia en consumo por encima del promedio nacional (ENA, 2011).

En cuanto al consumo de drogas ilegales (marihuana, cocaína, alucinógenos, inhalables y estimulantes), la ENA hace un comparativo con los resultados obtenidos en 2008 y concluye que el consumo de drogas en México ha sido muy variable durante esos años ya que muestra periodos de aumento y periodos de decremento, sin crecimientos significativos. No obstante, estudios recientes refieren una transición epidemiológica que apunta hacia tres vertientes: la disminución en la edad de inicio, el incremento del consumo entre adolescentes y una importante incursión de las mujeres, sobre todo las jóvenes, como se muestra en la siguiente gráfica

Ilustración 3. Gráfica de tendencias de la media de edad de inicio del consumo de drogas en la población de 12 a 65 años.



Fuente: Encodat (2016-2017)

Si bien podría parecer que la información habla únicamente del aumento de consumo a una temprana edad, cabe mencionar y hacer énfasis en la relación que existe en la edad de consumo y la probabilidad de generar dependencia. De acuerdo con el estudio del consumo de alcohol y drogas en adolescentes del Dr. Alejandro Maturana (2011), durante la adolescencia, el cerebro está sometido a un sinnúmero de cambios

que lo hacen más sensible a distintos estímulos, como por ejemplo los químicos provenientes de las drogas y el alcohol. “Estos estímulos, tienen la potencialidad de producir cambios, que tenderían a perdurar en el tiempo, generando ciertas modificaciones en la circuitería cerebral, base fundamental de la adicción en el adulto” (Maturana, 2011: 5). De igual forma, la parte afectada por el consumo a una temprana edad (cuando el cerebro aún no alcanza su madurez), es la corteza prefrontal, que está asociada al juicio, planificación y toma de decisiones; es por ello, que los adolescentes son particularmente vulnerables al abuso de sustancias “y por qué la exposición a drogas en este periodo crítico puede afectar la propensión para adicción futura” (Maturana, 2011).

Como arroja la gráfica, la edad general de consumo ha disminuido tres años del 2002 al 2016, iniciando con 20 años y terminando en 17 años, por lo que se podría deducir que la tendencia es que ésta siga disminuyendo. Aunado a ello, es importante recordar que esta última encuesta se realizó en el año 2016, es decir que tiene 6 años de antigüedad y como es de conocimiento general, los últimos años debido a la contingencia sanitaria por el COVID-19, la dependencia a sustancias y distintos trastornos mentales han incrementado notablemente a nivel mundial. De acuerdo con la directora de la Organización Panamericana de la Salud, Clarissa Etienne (2020),

La pandemia de COVID-19 ha provocado una crisis de salud mental en nuestra región a una escala nunca antes vista. Se trata de una tormenta perfecta en todos los países, ya que vemos necesidades cada vez mayores y recursos cada vez menores para abordarlas. Es urgente que el apoyo a la salud mental se considere un componente fundamental de la respuesta a la pandemia. (ONU México: 2020)

Por lo anterior mencionado, sería conveniente realizar una actualización de la ENCODAT para poder tener resultados más confiables y vigentes sobre la situación actual de dependencia a sustancias. Si bien este tipo de instrumentos y herramientas de medición han buscado generar evidencia que permita definir políticas y estrategias para afrontar el reto del consumo de sustancias adictivas en el país. Cabe mencionar que, de acuerdo con la metodología y por ser un tema sensible y altamente estigmatizado, se estima (dentro de su misma metodología) que el margen de error es

alto, y que por su misma naturaleza muchas veces resulta complicado diagnosticar la dependencia a una sustancia a través de la encuesta por si sola.

Por otro lado, se destaca que para la sección dedicada al estudio del consumo de tabaco dentro de la misma encuesta utiliza el método de análisis de dicha problemática a partir de la estrategia de políticas *MPOWER*³ (Por sus siglas en inglés), propuesta y diseñada por la OMS desde el 2007 con el fin de:

Tabla 3. Estrategia de políticas MPOWER

M	Vigilar el consumo de tabaco y las políticas de prevención
P	Proteger a la población del humo de tabaco
O	Ofrecer ayuda para dejar el tabaco
W	Advertir los peligros del tabaco
E	Hacer cumplir las prohibiciones
R	Aumentar los impuestos al tabaco

Elaboración propia a partir del Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2021

Como contexto a la aplicación de dicho análisis dentro de la ENCODAT (2016-2017), en agosto de 2003, México firmó el Convenio Marco para el Control del Tabaco de la OMS, el cual es el primer tratado internacional basado en evidencia científica para reafirmar el derecho de todas las personas al máximo nivel de salud posible. Dentro de su reporte de tabaco, la ENCODAT (2016-2017), hace el análisis de cada Estado de la república a partir de cada una de las variables anteriores y proporciona una serie de conclusiones y recomendaciones a partir de ello.

Se destaca lo anterior pues es una estrategia con una lógica y fines muy claros y objetivos, proveniente de un instrumento internacional, sin embargo, únicamente se

³ Del 2007 al 2021, 146 países del mundo han puesto en práctica dichas medidas

utiliza para el consumo de tabaco, dejando fuera la problemática del uso de alcohol y otras sustancias.

Por otro lado, existe otro instrumento que arroja algunos indicadores relevantes al tema de consumo y dependencia a sustancias, y es el Informe sobre la situación del consumo de drogas en México y su atención integral (2019), realizado por la CONADIC y la Secretaría de Salud. Al igual que la ENCODAT, este informe abarca todo tipo de consumo, no únicamente los casos de dependencia, “delinea la situación general que guarda el consumo de drogas en nuestro país y describe las acciones que actualmente se implementan en el control de la oferta y reducción de demanda” (CONADIC: 2019). De este informe se tomarán los datos concernientes a esta investigación que son los que involucran algún tipo de atención y/o tratamiento.

Por el otro lado, y sobre los tratamientos para los trastornos por dependencia a sustancias en México, existen dos modalidades principales: el ambulatorio y residencial. La segunda modalidad “[...] se integra por 11 unidades de hospitalización de Centros de Integración Juvenil y por 2,018 establecimientos residenciales privados de atención a las adicciones, de las cuales 1,045 centros se encuentran registrados y 348 certificados.” (CONADIC, 2019: 6). Lo anterior implica que existen al menos 900 centros sin estar registrados ni avalados por la CONADIC. Al no estar regulados por ninguna institución oficial, estos centros son foco de un sinnúmero de problemáticas graves, abusos a una población vulnerable, (debido a su condición) a malas prácticas y manejos⁴. Aunado a ello, los establecimientos residenciales profesionales, en su mayoría, cuentan con un tratamiento integral y estandarizado, sin embargo y desgraciadamente, los precios no son accesibles para el común de la población. Se puede fácilmente deducir que, si no cuentas con los ingresos económicos suficientes para costear los gastos que un establecimiento privado representa, la rehabilitación, salud y calidad de vida (no solo de quien padece el trastorno) se verán fuertemente afectadas.

⁴ Dentro del estudio de caso se abordará a profundidad las malas prácticas y manejos a los que se hace referencia.

Tipos de centros para tratamientos residenciales

De acuerdo a los datos del Consejo Estatal Contra las Adicciones (CECA) del Estado de Querétaro, existen 3 tipos de *cédulas* de tratamiento manejadas por CONADIC, bajo las cuales operan estos centros: el primero es el *profesional*: en el que participan únicamente profesionales de la salud (psiquiatras, médicos, y psicólogos especializados en adicciones), el segundo es conocido como *de ayuda mutua*, en éste participan únicamente personas adictas rehabilitadas (o conocidas comúnmente como “padrinos”), el tercero es *mixto* y es operado tanto por profesionales de la salud, como personas adictas rehabilitadas. Es importante destacar que, desde las diferencias por el tipo de centro y su operación, comienzan las irregularidades por falta de supervisión; pues, de entrada, por ley los tres tipos están obligados a tener al menos un médico (con cédula profesional) dentro del centro para evaluar a los pacientes regularmente. Lo cual, en el estudio de caso del capítulo posterior, deja en evidencia que no ocurre, “creen que por tener dos camas ya pueden operar como un centro de rehabilitación” (personal del CECA, Querétaro: 2021).

Como está indicado a partir de distintas regulaciones, los centros de tratamiento deben cumplir con medidas y normas mínimas para poder operar y establecen qué derechos gozan (o deberían gozar) los usuarios de dichos centros. La siguiente sección profundiza en el tema.

3.2 Abordaje del problema desde la legislación

Es deber del Estado proteger y salvaguardar la salud e integridad física de las y los ciudadanos, así como proporcionar los servicios para la atención adecuada de cualquier enfermedad o padecimiento, tal como hace referencia el artículo 2º de la Ley General de la Salud, a lo que la letra dice:

Artículo 2º.- El derecho a la protección de la salud, tiene las siguientes finalidades:

1. El bienestar físico y mental de la persona, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades.

2. La prolongación y mejoramiento de la calidad de la vida humana.
3. La protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuven a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social.
4. La extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud.
5. El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población.

A su vez, a nivel local (estatal), existe legislación encargada de regular los temas concernientes a la salud mental de la población. Dentro del poder ejecutivo del Estado de Querétaro, por ejemplo, existe la *Ley de Salud Mental* que en su artículo 46º habla de las obligaciones generales de las instituciones de salud mental (sean públicas, sociales o privadas). Sin embargo, como se ha mencionado anteriormente en esta investigación, siguen existiendo un sinnúmero de centros residenciales para el tratamiento de las adicciones que no se encuentran regulados y que incluso violan las cláusulas estipuladas dentro de este artículo.

En México, los temas de salud en general son llevados directamente por la Secretaría de Salud Pública, para los temas particulares relacionados con salud mental, se cita el artículo 72º de la Ley General de Salud: sobre la prevención y atención de los trastornos mentales y de comportamiento, con el fin de conservar y mejorar la salud mental. La ley establece también que la atención de los trastornos mentales y del comportamiento deberá brindarse con un enfoque comunitario, contemplando la reinscripción psicosocial de los pacientes y sobre todo con un enfoque y respeto a los derechos humanos de los usuarios de estos servicios. Es relevante al tema conocer algunos de los derechos más destacados a los que son acreedores todos los pacientes.

Art. 74 Bis:

- I. Derecho a la mejor atención disponible en materia de salud mental y acorde con sus antecedentes culturales, lo que incluye el trato sin discriminación y con respeto a la dignidad de la persona, en establecimientos de la red del Sistema Nacional de Salud.
- II. Derecho a contar con un representante que cuide en todo momento sus intereses. Para esto, la autoridad judicial deberá cuidar que no exista conflicto de intereses por parte del representante
- III. Derecho al consentimiento informado de la persona o su representante, en relación con el tratamiento a recibir. Esto sólo se exceptuará en el caso de internamiento involuntario, cuando se trate de un caso urgente o cuando se compruebe que el tratamiento es el más indicado para atender las necesidades del paciente.
- IV. Derecho a que le sean impuestas únicamente las restricciones necesarias para garantizar su protección y la de terceros. En todo caso, se deberá procurar que el internamiento sea lo menos restrictivo posible y que el tratamiento a recibir sea lo menos alterador posible;
- V. Derecho a que el tratamiento que reciba esté basado en un plan prescrito individualmente con historial clínico, revisado periódicamente y modificado llegado el caso.
- VI. Derecho a no ser sometido a tratamientos irreversibles o que modifiquen la integridad de la persona.
- VII. Derecho a ser tratado y atendido en su comunidad o lo más cerca posible al lugar en donde habiten sus familiares o amigos.
- VIII. Derecho a la confidencialidad de la información psiquiátrica sobre su persona.

A nivel internacional, existen también distintos órganos y convenciones que abogan por salvaguardar los derechos de estos grupos vulnerables a sufrir algún tipo de daño. Las personas con algún tipo de discapacidad (incluidas las personas con trastornos

mentales), se ven protegidas por el Convenio sobre los derechos de las personas con discapacidades (CDPD) de Naciones Unidas (2006). Todos los principios y artículos del Convenio son muy relevantes para todas las esferas de la vida de las personas con discapacidad, si bien algunos de ellos, que podrían ser considerados más susceptibles de ser vulnerados en las relaciones que se establecen con servicios de salud mental y apoyo social son los siguientes:

Artículo 12: igual reconocimiento como persona ante la ley

Artículo 17: protección de la integridad personal

Artículo 15: protección contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes

Artículo 26: habilitación y rehabilitación

Dentro de los artículos mencionados, no solo se asegura el principio de no discriminación, es decir, no se habla únicamente de un trato homogéneo y no excluyente, sino que de acuerdo con el artículo 26, “que asegure un tratamiento digno e integral por parte de las instituciones pertinentes”. A nivel nacional, existe también una norma encargada de regular el funcionamiento de los establecimientos residenciales: La Norma Oficial Mexicana para la prevención, tratamiento y control de las adicciones (NOM-028-SSA2-2009).

3.3 Violaciones a Derechos Humanos y no cumplimiento de la NOM-028-SSA2-2009

El abuso de sustancias psicoactivas representa una preocupación creciente, al menos en el discurso, para el gobierno federal, las entidades federativas, los municipios y la sociedad en general. Sin embargo y al momento de la práctica, la falta de supervisión al cumplimiento de los mecanismos legales y jurídicos antes mencionados, resultan en sistemáticas violaciones a derechos humanos dentro de los centros residenciales para el tratamiento de adicciones. Dichas violaciones, tienen raíz en la violación a la NOM 028, la cual establece una serie de lineamientos que todo centro debería cumplir para proporcionar un tratamiento digno e incluso para salvaguardar la seguridad de los

usuarios, incluso establece los lineamientos para no atentar contra la libertad de las personas en caso de ingresos involuntario, del cual se profundizará más adelante.

Esta problemática exige contar con una variedad de recursos especializados, técnicos y profesionales, capacitados en la orientación, asistencia y tratamiento de las adicciones, así como establecer mecanismos de coordinación entre las instituciones y programas disponibles en el país, de tal modo que se implementen estrategias, programas y acciones de investigación, prevención, tratamiento y rehabilitación, reducción del daño, normatividad, legislación, sensibilización y capacitación, para garantizar que las acciones beneficien a la población (NOM-028-SSA2-2009 ,CONADIC: 14).

Sobre las principales violaciones a Derechos fundamentales (Derechos Humanos) que se menciona previamente, se encuentra la privación de la libertad o ingreso involuntario a los centros de rehabilitación, tratamiento inadecuado, falta de personal capacitado y/o personal médico, uso de la fuerza y agresiones (verbales, psicológicas, físicas y sexuales).

De acuerdo con el Manual de Recursos de la OMS, deben de existir al menos siete criterios que deben cumplirse para justificar el tratamiento involuntario, uno de estos criterios es que el plan de tratamiento debe ser propuesto por un profesional de la salud. Sin embargo, termina siendo la familia (principalmente) quien toma esta decisión sin siquiera consultar a un profesional o sin tener ningún tipo de diagnóstico. Como consecuencia a estas malas prácticas y no cumplimiento a lo estipulado, los pacientes en lugar de presentar avances con su tratamiento o en su estado de salud, presentan mayores síntomas y en muchos casos al salir de ahí, su condición empeora. Lo anterior también se presta con frecuencia a utilizar los centros residenciales como un lugar de escondite para personas que han cometido algún delito y sobre todo que están relacionadas al crimen organizado y no quieren ser localizadas por el sistema de justicia penal , esto es una situación de gran relevancia y gravedad ya que, por un lado contribuye a perpetuar el discurso y percepción de la sociedad en general de que, “todas las personas dentro de centros de rehabilitación son *delincuentes o peligrosas*”. Y, por otro lado, gracias a la falta de

regulaciones y al abandono de esta población (dentro de los centros para las adicciones), es cada vez más frecuente que ocurran ataques y “ajustes de cuentas”, como el ocurrido en Irapuato en Julio del 2020, el multi homicidio ocurrió dentro de un centro de rehabilitación para personas con adicciones, ubicado en el municipio de Irapuato, Guanajuato, cuyo número de muertos ascendió a los 26. “Habría sido ordenado por José Antonio Yépez, El Marro, líder del cártel Santa Rosa de Lima, revelaron autoridades locales” (El Financiero, 2020)

Sobre el ingreso involuntario

Como se ha hecho mención, uno de los principales actos que atentan contra los derechos fundamentales es el de la privación de la libertad. Es por ello que no únicamente según la OMS tiene que existir un protocolo para los casos de ingreso involuntario. De acuerdo con las cédulas de supervisión de la NOM-028, apartado 5.3.2 En caso de ingreso involuntario, es necesario presentar un documento escrito que contemple obligatoriamente los siguientes puntos: verificar notificaciones selladas y/o firmadas del responsable del establecimiento al Ministerio Público o autoridad legal competente, en un plazo no mayor a 24 horas posteriores a la admisión. El documento deberá contener: nombre del establecimiento, fecha de elaboración, datos generales del usuario (nombre completo, edad, sexo), acto notificado, datos de la agencia del ministerio público a la que se notifica (o autoridad legal correspondiente), nombre completo y firma del médico/responsable que realiza la notificación, si fuese el caso, también deberá describirse lesiones que presente el usuario. Sin embargo, en un 95% de los casos de ingreso involuntario lo anterior no sucede, según se revela en el estudio de caso.

En algunas ocasiones, como en el caso de algunos centros de rehabilitación en Jalisco, en caso de ingreso involuntario, se hace la notificación, sin embargo, no existe algún área especializada dentro de fiscalía que se encargue del tema, y se tiene que hacer la notificación al área de personas desaparecidas. Esto deja en evidencia que, a pesar de ser un requisito de la Norma Oficial Mexicana, no puede existir congruencia o seguimiento a niveles locales pues no hay un órgano especializado con tal facultad.

3.4 La perspectiva de los actores políticos

Como resultado de la evidente problemática, el 10 de septiembre del 2019, el senador Juan Quiñonez Ruiz, invitó a la cámara de diputados a que en la próxima discusión del presupuesto de egresos de la federación (2019) se asignen mayores recursos al estudio, prevención y tratamiento de las enfermedades mentales en México. De acuerdo con la Ley General de la Salud en su artículo 1 Bis “Se entiende por salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.”

No obstante, y haciendo hincapié a la envergadura que el tema de las adicciones representa, el presidente López Obrador en los últimos años (2019-2020), ha tenido acciones y declaraciones respecto al tema. A inicios de 2019, el gobierno federal relanzó su estrategia contra las adicciones, anunciando cambios en la manera de atender a la población y abordando la salud mental. Sin embargo, para 2020 se dio a conocer que las partidas asignadas al tema de adicciones “tendrían un recorte”. También se puso en evidencia que la estructura con la que cuenta el gobierno federal para tratar el tema tiene un déficit de personal especializado. Tras esta serie de esfuerzos, el pasado 10 de octubre (2020), el subsecretario de prevención y promoción a la salud, Hugo López Gatell anunció que se creará la comisión para la atención integral en salud mental y adicciones (CONASAMAR). Dicha comisión integrará los Servicios de Atención Psiquiátrica (SAP), el Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud Mental y la CONADIC.

López Gatell señaló la necesidad de destinar suficientes recursos financieros para ampliar la capacidad de respuesta en los ámbitos preventivo, terapéutico, de rehabilitación y reinserción social.

El Consejo Nacional de Salud Mental también está colaborando con las campañas anti-adicciones que se transmiten en radio y televisión, en los que según palabras de López Obrador: “no estamos tratando de causar miedo”, haciendo referencia al nuevo enfoque que se le está dando a las campañas de prevención. No obstante, según Catalina Pérez Correa (2019), especialista en política de drogas de América Latina y profesora

de la División de Estudios Jurídicos del Centro de Investigación y Docencia Económicas (CIDE), “la política de drogas no parece ser diferente a la de administraciones pasadas”, pues nuevamente se resume a un tema de seguridad y combate al crimen organizado. Si bien puede que ese sea el objetivo final, pero funciona empezar a cambiar la lógica del discurso de miedo y delincuencia que ha rodeado al tema de adicciones por años. Indudablemente las estrategias del nuevo plan para combatir las adicciones, puede contribuir a comenzar a transformar la percepción y construcción social que se tiene de la problemática, pero cabe recalcar que para que una política sea exitosa, es necesario trabajarla de distintos ámbitos, es decir, que se necesita un trabajo en conjunto y dentro de ese trabajo, se incluye el actualizar y armonizar el aparato normativo y legislativo mencionado al inicio de este capítulo.

IV. Estudio de caso: Querétaro

Como parte central de esta investigación, se realizó un estudio de caso para conocer el estado del problema de las adicciones en Querétaro (a unos meses de finalizar la administración 2016-2021). Este capítulo presenta los resultados y análisis de dicho estudio de caso; para el cual, se llevaron a cabo entrevistas abiertas a distintos actores que se consideraron clave en el tema de adicciones en Querétaro durante los meses de septiembre y octubre del 2021.

Para conservar el anonimato de las y los participantes, se usarán los nombres mostrados en la tabla:

Tabla 4. Tabla de entrevistas con actores clave (Septiembre – octubre 2021)

Funcionarios Públicos:	Directivos de centros residenciales de rehabilitación:	Personas que recibieron algún tipo de tratamiento residencial de rehabilitación para las adicciones:
Consejero estatal contra las adicciones del estado (CECA)- entrevistado 1 , el día 07-09-2021	Padrino centro 1 , el día 06-10-2021	Ciudadano 1 , el día 20-10-2021
Responsable de los centros de rehabilitación (CECA)- entrevistado 2 , el día 28-09-2021	Padrino centro 2 , el día 07-10-2021	Ciudadana 2 , el día 14-10-2021
Coordinadora del programa de atención a menores y adolescentes de la procuraduría del Estado de Querétaro (DIF estatal)- entrevistada 3 , el día 14-09-2021	Psicóloga centro 3 , el día 08-10-2021	Ciudadano 3 , el día 14-10-2021
Coordinadora de asistencia social (DIF estatal)- entrevistada 4 , el día 06-09-2021		

4.1 Política para las adicciones en Querétaro: el estado del arte

Hablar de una política pública en materia de adicciones en el Estado de Querétaro se vuelve un tema desconocido y desatendido, sin embargo, necesario, según la percepción de todos los entrevistados. Se trata de un área gris a la que “ninguna administración le ha querido entrar”, menciona el consejero Estatal contra las adicciones. En Querétaro existen alrededor de 114 “centros residenciales para el tratamiento de adicciones” identificados por el Consejo Estatal (CECA) o centros de rehabilitación como ellos mismos se autodenominan; no obstante, más de la mitad de estos llamados centros, son lugares que comúnmente se les conocía como “anexos” y que no cuentan con ningún tipo de regulación ni estándar medico/profesional y son únicamente lugares idóneos para la práctica de tratos crueles, inhumanos y tortura, pues son “lugares olvidados por dios” (ciudadano 3, entrevista el 20 de octubre del 2021).

Resulta casi imposible creer que a nivel gubernamental se conoce esta información desde hace más de una administración y conforme sigue siendo ignorado, aumenta y se sale cada vez más de control. De acuerdo con el CECA (y con los mismos centros), no existe una sanción que pueda ser aplicada a estos centros que permite que sean operados por personas no capacitadas, debido a la legislación deficiente (nula) en el tema. Si bien, y como se presentó en capítulos anteriores, tanto a nivel federal como estatal, existen instrumentos normativos que reiteran la obligación de garantizar la salud e integridad de los ciudadanos, a través de leyes y normas como lo son la ley general de salud (dónde se incluye la salud mental, art. 2°), y la NOM-028-SSA2-2009: para la prevención, tratamiento y control de adicciones, sin dejar de lado que asimismo, a nivel local, se cuenta con la Ley de Salud Mental del Estado de Querétaro, en la cual el artículo 1° establece: “Garantizar y promover el respeto y la protección efectiva de los Derechos Humanos de las personas con trastornos mentales y del comportamiento.” Sin embargo, como se hará evidente a partir de las entrevistas realizadas, no existe algún instrumento o institución vinculante para que lo anterior se haga efectivo.

En lo que va de la administración en curso, a nivel nacional, se ha hecho el primer esfuerzo interinstitucional para combatir el tema del uso y abuso de sustancias dentro

del país, este esfuerzo se plantea desde tres líneas de acción principales: educación, salud y comunicación. Según palabras del presidente López Obrador (2021) esta Estrategia Nacional de Prevención de Adicciones (ENPA), es una de las acciones más importantes del plan general para pacificar al país, y consiste en un proceso simultáneo de acciones ya iniciadas por el gobierno federal; la ENPA incluye una serie de campañas de información y prevención, así como iniciativas y programas en conjunto como Clubes por la Paz⁵ o Juntos por la Paz⁶. Sin embargo, una vez más, a nivel local no se está teniendo la respuesta esperada, pues al menos en el Estado de Querétaro existe una visible falta de instrumentos internos (locales) que impiden apegarse a la ENPA, enfatizando la carencia de una política pública integral local para hacer un trabajo en conjunto e interinstitucional desde las distintas dependencias de gobierno para trabajar en el tema de adicciones.

En México, sin embargo, se han implementado políticas integrales para diversos temas relacionados a la salud, por ejemplo, la Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes lanzada por la Secretaría de Salud en 2013 con el presidente Enrique Peña Nieto. Si bien, no se planea analizar a detalle si fue una estrategia exitosa o no, simplemente el esfuerzo se vio desde distintas áreas: desde secretaría de educación con el cese de la venta de comida chatarra, en el área de comunicación con un bombardeo de campañas preventivas y el re etiquetado de algunos productos, así como el impuesto incluso sobre las bebidas azucaradas. Se destaca que dicha estrategia nacional, contrario a la ENPA, si logró permear a niveles locales a nivel estatal, desde dependencias como el DIF, por ejemplo, existen campañas preventivas vigentes a la fecha. A pesar de ser también la prevención y tratamiento de adicciones un tema de salud pública, no se ve reflejado este mismo involucramiento ni compromiso por la causa. Quizá porque sigue sin ser considerado como una

⁵ Con el objetivo de instruir a jóvenes universitarios a trabajar para la prevención de adicciones, en el marco de la ENPA, en colaboración con el Instituto Mexicano de la Juventud (IMJUVE) y la Coordinación Nacional de Becas para el Bienestar “Benito Juárez”, se otorgan becas para la realización de servicio social.

⁶ Convocatoria social que invita a recuperar la sensibilidad en búsqueda de la transformación común (incluye talleres de prevención de adicciones)

enfermedad y se sigue perpetuando el estigma y desinformación que la rodea, se sigue percibiendo por la población como una simple cuestión de “falta de voluntad”.

4.2 Análisis del caso

¿Por qué ciertos temas logran la relevancia suficiente para ser tomados en cuenta en la elaboración de políticas públicas? Y, ¿por qué otros de gran envergadura siguen sin ser de interés público? ¿Qué temas se están priorizando dentro de la agenda pública y qué criterios se están utilizando?, son solo algunas de las interrogantes que surgen tras haber dialogado con los actores clave para este estudio.

Resulta claro que el tema no se está priorizando dentro de la agenda pública a pesar de ser coyuntural en distintos aspectos de la sociedad. La relación que existe con este hecho y con el estigma social que conlleva la adicción es evidente y estrecha. No se le está dando la atención necesaria pues no existe la voluntad política, no existe la voluntad política porque no hay una exigencia social. Es importante aclarar que no todo el peso recae en las exigencias de la sociedad, o al menos, no debería. Sin embargo, como menciona el consejero Estatal (2021): “la gente no lo está pidiendo porque tampoco le interesa. Es sencillo, si una colonia no tiene agua, van y piden y protestan y mueven cielo mar y tierra hasta que consiguen que les lleven agua”, en este caso, que podría sonar totalmente diferente, la sociedad, ni siquiera las mismas familias afectadas tienen tal exigencia pues muchas asumen el tratamiento basado en “castigo” como lo más viable, revictimizando a la persona adicta. Esta forma de verlo perpetúa el hecho de que es una conducta que requiere ser castigada más que una enfermedad que debe ser tratada por profesionales. Es común pensar que el estigma se produce y replica únicamente por medio del rechazo y discriminación, pero es importante recalcar que hay estigmas que se traducen también en la no acción/omisión; “si no lo hablo o no lo veo no existe”, tal es el caso de la adicción.

Ilustración 4. Aspectos más relevantes que surgen de todas las entrevistas.



Elaboración propia

Visión desde la esfera política y administrativa

Al ser un tema de salud pública, el mayor peso recae en la Secretaría de Salud o al menos así se ha tratado durante muchos años, sin embargo, por la naturaleza y complejidad de la enfermedad, debería ser tratado en conjunto desde todas las áreas (como se plantea a nivel federal) pues involucra distintos aspectos de la persona y tiene repercusiones directas en toda la sociedad, de entrada, es considerada como una enfermedad familiar así que el papel de distintas instituciones es imprescindible. No obstante, todo el peso y responsabilidad recaen en manos del Consejo Estatal Contra las Adicciones (CECA), quien al mismo tiempo carece de cualquier facultad legal y su trabajo se ve limitado a

emitir observaciones o referir cualquier anomalía a la autoridad correspondiente; “ya si a ellos les interesa o no pues ahí si ya no podemos hacer más”, reporta personal del Consejo.

Al mismo tiempo y desde otras dependencias que son cruciales para abordar el tema de las adicciones como el Sistema Estatal para el Desarrollo Integral de la Familia, no se cuenta ni siquiera con el apoyo de un psicólogo desde hace más de un año: “renunció y la verdad es que como ya va de salida la administración, no se puso el interés ya en conseguir otro”. Si se planea un esfuerzo en conjunto como se propone a nivel federal como parte de la Estrategia Nacional, el Estado de Querétaro no cuenta con las herramientas internas necesarias para apegarse al plan. “Aquí en el DIF no tenemos cifras para medir el problema pues no somos una institución que se dedique a esto, hay una comisión para las adicciones en el Estado, ellos se encargan de eso... Nosotros como DIF nos topamos con familiares de personas adictas pidiendo apoyos, nada más los mandamos al consejo y ahí ya les dan orientación⁷”, reiterando el punto que todo el trabajo se deja en manos del CECA, organismo que claramente no puede solucionar el problema por sí solo, sin embargo, se está muy consciente de que es un problema grave sobre todo en los jóvenes. “Desde lo empírico te puedo decir que, si es un problema grave, pues lo vemos a través de nuestro trabajo de campo en comunidades y a través de los DIF municipales”, afirmó personal de dicha dependencia en septiembre del 2021.

Aunado a ello, se tiene también muy claro que es un problema cuyo origen está en la familia e incluso en la sociedad “creo que algo estamos haciendo mal como sociedad que está aumentando el problema en los menores”, no obstante, se está dejando en manos de una sola dependencia, cuando la dependencia encargada del “*desarrollo integral de la familia*” debería estar haciendo un trabajo en conjunto.

“Un programa donde el DIF de atención a problemas de salud mental”, no hay, sé reporta en entrevistas. Se reconoce también la importancia de un trabajo integral y en conjunto para al menos abordar el problema: “en su momento en el año 2010 estuvimos

⁷ Declaración de personal del SEDIF durante entrevista el 6 de septiembre del 2021

colaborando con la jurisdicción IV de la secretaria de salud y ellos como médicos se encargaban de dar anticonceptivos , de dar asesoría en metodología anticonceptiva y nosotros entramos con el taller de prevención del embarazo , y sí se redujeron muchos embarazos en ese año, porque entramos como desde los dos flancos , entonces algo similar yo creo que funcionaria para la prevención de las adicciones”⁸. El problema resulta evidente a nivel local pues además de ser un tema de falta de presupuesto como se reporta desde las distintas dependencias y organismos, se habla principalmente de una falta de interés no solo político sino desde la sociedad civil. “Si la gente no lo exige, el gobierno menos le pone atención a eso”, “es que no tenemos un centro de salud mental en Querétaro”, de entrada no existe una política pública en materia de adicciones en el estado”, “nosotros no tenemos la capacidad jurídica de sancionar a quien viola derechos humanos en los famosos anexos, y quien la tiene no le interesa”, son solo algunas declaraciones obtenidas con respecto a la complejidad de la problemática, sin embargo hay un punto en común siempre y cada vez queda más en evidencia que se trata de un tema que: debe de trabajarse desde la prevención temprana y tratamiento en conjunto y no se está haciendo de esta forma, aun teniendo la estadística de que su mal manejo está teniendo fuertes implicaciones en cuanto a seguridad ciudadana, violencia de género, seguridad vial (ver estadísticas del impacto de las adicciones en entrevistas con personal del CECA).

Por parte de las autoridades e instituciones públicas, se vive el problema de una manera “cómoda” e incluso de mucha desinformación. Es aquí donde ambas partes convergen y se tendría que estar trabajando a la par, desde la sensibilización de la sociedad con el tema, hasta el esfuerzo interinstitucional por parte de las distintas dependencias como ocurrió con el tema de la obesidad ya mencionado; dejar de atribuirle el tema únicamente al CECA y empezar a trabajar en conjunto. Si bien, el tema fue tratado por muchos años como tema de seguridad pública, a partir de esta administración, se buscó tratarlo como tema de salud, claro está, que es un tema tanto

⁸ Declaración de la encargada del programa de atención a menores y adolescentes de la procuraduría del Estado de Querétaro

de seguridad, como de salud, como de educación, como de cultura y deporte, es decir, es un tema transversal. Sin dejar de lado la importancia del papel de la sociedad civil.

De acuerdo con lo que plantea Gustavo Beliz (2012), América latina y el Caribe se enfrentan a graves problemas estructurales y presenta la seguridad ciudadana como un tema que debería tratarse desde todos los ámbitos posibles, incluyendo la prevención desde la familia. Habla de lo imprescindible que es el involucramiento de la sociedad civil para tener cambios de la cultura administrativa en nuestros estados,

Si de participación de la sociedad civil se trata, no puede omitirse la relevancia que tienen en el campo de la prevención de la violencia los fenómenos de voluntariado y compromiso social de múltiples expresiones comunitarias [...] que abarcan desde la prevención y el tratamiento de adicciones... (Beliz, 2012: 25)

Lo que se propone, como punto en común con esta investigación es un trabajo integral y en simultáneo en diferentes campos, para que de esta forma “la seguridad no sea tarea de todos y responsabilidad de nadie.” (Beliz, 2012).

De acuerdo a los diversos análisis de la gestión de políticas públicas, el éxito de un programa de intervención pública no sólo depende de su buen diseño inicial, sino fundamentalmente “del correcto funcionamiento de un complejo engranaje de actores, intereses, reglas formales e informales, recursos, información, líneas de autoridad, distribución de responsabilidades, los cuales interactúan para materializar los grandes objetivos en acciones concretas con resultados de algún valor público” (Moreno, 2015: 89).

“la salud no se hace desde las instituciones, se hace desde la población” (Evalinda Barrón, conferencia CONADIC, 2021).

Como bien se menciona anteriormente y como denominador común en cuanto a la carencia de políticas en materia de adicciones, el factor financiero si representa una barrera para la implementación de estándares recomendados ya que según la ENPA (2021), únicamente el 2% del presupuesto de salud se destina a atender la salud mental y de ese porcentaje, el 80% se va en gastos operativos de los hospitales psiquiátricos,

[...] no hay suficiencia para otras acciones costo-efectivas como: la prevención y la promoción del autocuidado, la actuación en la comunidad, la capacitación del personal en salud mental y adicciones, la investigación y, principalmente a acciones para disminuir el estigma, la discriminación y el deterioro de las personas con problemas de salud mental (ENPA, 2021)

Sin embargo y recurriendo al hecho de que “no hay presupuesto que alcance”, no se pide en si la construcción de un centro de tratamiento público como mucho tiempo se planteaba, sino una solución más viable y aterrizada que es crear un marco jurídico adecuado y claro, proponer a un órgano como el CECA pero autónomo y con presupuesto propio, para la prevención, tratamiento, investigación y generación de estadística con respecto al tema de salud mental en general y específicamente de adicciones. Lo anterior como parte de una política pública bien estructurada en dónde se trabaje el tema desde distintas áreas, en donde también se piense en los centros y su efectividad. “Yo le apuesto a profesionalizarlos, está bien que seamos padrinos los que estamos a cargo, pero hay que prepararnos si de verdad queremos ayudar, ya no solo para entender la complejidad de la enfermedad, si no para poder tratarla” (padrino 2, 07 de octubre 2021).

Se tiene que pensar más allá de las sanciones, no es únicamente ir a clausurar los anexos, pues también genera un gran impacto, “si a mi vienen y me clausuran, ¿qué van a hacer con los 50 cabrones que tengo aquí?, ¿echarlos a la calle nada más?, no les conviene, por eso tampoco lo hacen”. Quizá en lugar de buscar sancionar, podría trabajarse a través de incentivar con algo más que un reconocimiento en papel.

Visión de y desde los centros

“Bienvenidos a la antesala del infierno”, puede leerse al ingresar a uno de los 4 anexos que dirige el padrino 1, según relata el entrevistado 3 el día 20 de octubre del 2021: “Nombre, y a ti te tocó visitar el que está muy leve, alguna vez me tocó ir a compartir en el que tiene por ahí por Tepeji del Rio y si salí llorando con todo lo que vi, ahí si dejas de consumir es por miedo de acabar ahí otra vez, pero la mayoría ni eso eh, ni dejan de consumir ni nada ... A los que recaen y regresan, los rapan, los pintan de mujer y con un

como alambre de púas les dan “masaje” en la cabeza. A las mujeres igual, las encueran, las violan” (entrevistado 3, 20 de octubre 2021).

Existen tres tipos de centros de tratamiento según CONADIC, el primero, de ayuda mutua, es dirigido por personas que en algún momento recibieron tratamiento y ahora se hacen llamar “padrinos”, cabe mencionar que muchos de estos padrinos tienen la intención de ayudar, sin embargo, no cuentan con la preparación adecuada para tratar esta compleja enfermedad: “de los 114 centros de aquí de Querétaro, solo 4 padrinos somos profesionales. Los demás funcionan con el clásico si a golpes me lo quitaron, a golpes se los quito”, relata uno de los padrinos entrevistados quien cuenta con estudios en psicología y especialidad en adicciones.

El segundo tipo de centro es el profesional, que consiste en contar únicamente con profesionales de la salud (psiquiatras, médicos, psicólogos). En Querétaro existe solamente un centro profesional, quienes reportan que el reto más grande es el económico pues no reciben ningún tipo de apoyo en este sentido por instituciones gubernamentales, “el gobierno debería involucrarse más sobre todo en la parte médica”, “no sabes cuantas veces he ido a pedirles que nos asignen un medico, un psiquiatra de esos que hacen sus prácticas, aunque sea y nos dicen que no pueden salirse de su zona de adscripción y no sé qué tanto. No les interesa y esa es la verdad”.

El tercer y último tipo de centros es el mixto, que cuenta tanto con profesionales de la salud como con padrinos. En teoría, los más de 100 centros, operan bajo este esquema, sin embargo, la realidad es otra pues la gran mayoría no cuenta ni siquiera con un psicólogo o un medico de planta. No hablemos del reconocimiento por parte de CONADIC, pues únicamente 4 establecimientos cuentan con él, tal y como se muestra en la ilustración 5:

Ilustración 5. Directorio de Establecimientos Especializados en el Tratamiento de las Adicciones en Modalidad Residencial Reconocidos por la CONADIC



Secretaría de Salud
Comisión Nacional contra las Adicciones

DIRECTORIO DE ESTABLECIMIENTOS ESPECIALIZADOS EN EL TRATAMIENTO DE LAS ADICCIONES EN MODALIDAD RESIDENCIAL RECONOCIDOS POR LA CONADIC

QUERÉTARO

ID-U	Nombre legal del establecimiento	Municipio	Detalles
QTO-023	Primer Paso Querétaro I.A.P.	Querétaro	Ver
QTO-025	Un Regalo de Dios A.C	San Juan del Río	Ver
QTO-026	Centro de Rehabilitación CREESER A.C.	Querétaro	Ver
QTO-027	Conversión Fortaleza y Esperanza A.C.	Querétaro	Ver

Fuente: secretaria de salud, CONADIC: 2020

El CECA, quien tiene pleno conocimiento de lo anterior mencionado, se ve imposibilitados a hacer algo más allá que emitir recomendaciones y observaciones a los centros. El Consejo cuenta con tres distintivos para intentar incentivarlos a que se regularicen y profesionalicen, el distintivo no va más allá de un reconocimiento en papel que establece que es oro, plata o bronce. “Ellos vienen y me dicen haz esto o pon esto, es como si yo voy a tu casa y te digo oye deberías poner una ventana acá, ¿tú me harías caso?, claro que no. Son sus pendejadas nada más para decir que trabajan”. (Padrino 1, 06 de octubre 2021).

El padrino 1 mencionado al inicio, proporciona en un espacio de aproximadamente 200 metros cuadrados “tratamiento” a 50 personas. “Aquí no se les pregunta, es de a huevo y aquí no vienen a pasarla bien como en otros lados, se quedan mínimo 4 meses quieran o no”. Al preguntar sobre los permisos y regulaciones por parte de gobierno del Estado reporta que no se necesita ningún tipo de permiso y que el reconocimiento por parte de CONADIC no sirve para nada. “Aquí es más fácil abrir anexos que tienditas de abarrotes, no te piden nada, a lo mucho vas y avisas a protección

civil - “ya abrí”-. En esta institución no se cuenta con ningún tipo de ayuda profesional, no hay medico ni psicólogos. El padrino reporta que se encarga junto con sus hermanos, de tres anexos más, dos en el estado de Querétaro y uno en el Estado de México. “uno como anexo ha encontrado una forma de vivir de esto, ¿tú crees que nos interesa que nos regulen?, y, aun así, yo he ido a pedir un marco legal o algo y no nos lo dan, ¿te das cuenta?... Les estamos haciendo la chamba. El 70% de los adictos no tienen 60-70 mil pesos ⁹para pagar sus tratamientos en esas clínicas mamonas, entonces ¿qué se hace con eso?”.

Al estar en la entrevista con el padrino, recibió una llamada por parte de DIF Nacional para ver si podía recibir a una familia de migrantes hondureños, él reporta que estas es una situación bastante común, “el gobierno ya no sabe qué hacer con ellos, y por eso nos los manda, se les salió de las manos ya esto”. De igual forma, reporta las incontables visitas por parte de la guardia nacional buscando encontrar a personas en particular, involucradas en el crimen organizado, “vienen y los sacan a todos al patio y los encueran y los empiezan a interrogar, y luego viene derechos humanos a decirme que yo violo sus derechos, ¿no se te hace que eso también viola sus derechos? Son una pendejada los derechos humanos”. De acuerdo con su testimonio, por esos dos aspectos es que el tema debería ser regulado y de entrada tomado en cuenta pues cada vez tiene mayores implicaciones e involucrados, a pesar de que Querétaro es un estado relativamente tranquilo.

Los tres centros visitados y entrevistados, estuvieron de acuerdo entre sí en que: 1) no existe un marco legal para que exista una regulación y sanciones efectivas y que no existe el interés o voluntad política para que esto ocurra. 2) la falta de recursos/apoyo por parte de las instituciones públicas. “lo único que te da tener el certificado este por parte de la CONADIC es el disque apoyo y becas que te dan, pero si ya ves los gastos que tenemos, eso no te alcanza para nada” (psicóloga centro 3, 08 de

⁹La cuota que se pide a las familias en un anexo varia de entre los 200-500 pesos por semana (más despensa que se les pide en algunos casos), muchas veces no se cobra a personas que no pueden pagar la cuota. Se reportan casos también de padrinos que abren tiendas de abarrotes con las despensas que se piden a las familias.

octubre 2021). 3) la corrupción les impide acceder a recursos que originalmente son para el tema de adicciones.

En el año 2015, se creó un fideicomiso proveniente de un impuesto extra expedido por el Estado de Querétaro a bares y sitios nocturnos donde se venden bebidas alcohólicas. Lo que se recaudara de dicho impuesto iba a ser utilizado exclusivamente para el tratamiento y prevención de adicciones. La iniciativa que en su planteamiento era bastante buena, se vio fracasada por el mal uso (desvío) de este. “Se usó para todo menos eso, con ese dinero equiparon todo su hospital nuevo, le dieron una parte al DIF, pero nosotros nunca vimos nada de ese dinero... si nada más fue para aparentar que trabajan lo hicieron muy bien, y esto viene desde arriba, pongan a quien pongan”, compartió el padrino 1 durante la entrevista.

A pesar de que se cuenta con la norma oficial mexicana NOM 028-SSA2-2009 para la prevención y tratamiento y control de las adicciones, que en teoría se encarga de establecer los procedimientos y criterios para la atención integral de las adicciones en todo el país, en sí, la norma es funcional sin embargo a nivel local el problema es la falta de su aplicabilidad. “Como tal hay una regulación federal, que no olvidemos que es jerárquico, es aplicable y es totalmente funcional el tema más bien tiene que ver con una estricta aplicabilidad de la norma oficial. Ya hay una regulación al respecto, simplemente que la autoridad es la secretaria de salud, tiene que ver que se aplique como tal”, refiere el personal del CECA.

Por otro lado, otro aspecto importante que va de la mano con el trato es el tipo de tratamiento otorgado. “Está comprobado que un tratamiento integral funciona mejor que tenerlos 16 horas en juntas de Alcohólicos Anónimos (AA), la espiritualidad es muy importante, y bueno, pues la familia” (psicóloga 3, 08 de octubre 2021). Es muy común que en el tipo de lugares dónde tratan la adicción como un castigo al mal comportamiento (anexos), se hagan estas jornadas extenuantes como forma de penitencia. Un dato relevante es que generalmente al ser tratados de esta forma, las mismas personas se sienten acreedoras a este tipo de tratos y “castigos”. Dos de los entrevistados comentaron haber sido privados de alimentos por al menos dos días, de

no haber tenido acceso al baño siempre que lo requerían, sin embargo, no lo reportan como algo que atentó contra su dignidad o persona, pues al platicar más con ellos era notorio que sentían que ese trato merecían en ese momento.

Al profesionalizar todos estos centros, se busca que no ocurran este tipo de faltas, recalcando una vez más: que la adicción sea tratada como enfermedad. Si el día de hoy una persona que padece diabetes acude porque necesita un tratamiento y es internada por el mismo motivo, es muy poco probable que reciba castigos, tratos crueles e inhumanos solo por padecer esta enfermedad. Paradójicamente, el adicto es responsabilizado y fuertemente juzgado por sus actos. Inclusive si el diabético tuviera alguna recaída posterior a su tratamiento, sería recibido nuevamente con respeto y dignidad, lamentablemente no ocurre lo mismo con las personas adictas. “Por más que digan que entienden que es una enfermedad, no lo entienden, si ni nosotros entendemos por qué consumimos a veces”, relata el ciudadano 3, quien lleva más de 20 años siendo un deportista de alto rendimiento, “me dicen que me falta voluntad. He terminado 8 ironmans en mi vida, ¿tú crees que me falta voluntad?, es bien complicado...”

Un punto interesante y bastante polémico que se revisó también durante las entrevistas fue el del ingreso involuntario a estos centros. “Mira aquí te vamos a decir que es voluntario, la verdad es que es “voluntariamente a fuerzas” (padrino 2, 07 de octubre 2021). En sí, el ingreso involuntario es una práctica ilegal que atenta contra todos los derechos del individuo pues se le está privando de la libertad de manera “arbitraria”. No obstante, dos de los entrevistados estuvieron de acuerdo con esta práctica pues, “de no haber sido así, yo nunca hubiera ido por mi propia cuenta, si salí sumamente agradecido con mi familia” (ciudadano 1, 19 octubre 2021). Lamentablemente este no es la realidad para todas y todos.

“Tenía 24 años, me despertaron a golpes, en mi cuarto, en mi casa, solo me dijeron: “o cooperas o esto se pone peor cabron”, yo pensé que se habían metido a robar y me estaban secuestrando, ya cuando entendí lo que pasaba (a mitad de camino) pues no me quedó más que cooperar, pero si me sentí terriblemente invadido y violentado,

por las formas, sobre todo, así sin avisar, si le guardé coraje a mis papas por mucho tiempo”, compartió el ciudadano 3 sobre su primer internamiento. Al estar incurriendo en una práctica ilegal, que quizá ha resultado satisfactoria para más de alguno, es urgente que se regularice pues atenta contra la integridad y libre albedrío de la persona. Este argumento comúnmente se rebate con el estado de interdicción, el cual tiene que ser rigurosamente dictado por un juez y que actualmente se encuentra en debate por la directa afectación que tiene sobre la dignidad de la persona.

Una propuesta que podría poner fin a esta disputa específica de cómo el ingreso involuntario atenta contra la dignidad y demás derechos, es como lo hacen varios países: una fiscalía especializada que se encargue de evaluar estos temas, en donde la familia va y denuncia¹⁰ y es un juez y un profesional de la salud quien dicta que la persona necesita tratamiento y debe ser institucionalizada. Sin embargo, no se le presta la atención necesaria al tema, y volvemos a las preguntas iniciales.

4.3 El estigma de una población objetivo

Tras haber dialogado con servidoras y servidores públicos de distintas instituciones, con directivos de centros de rehabilitación, con personas directamente afectadas o beneficiadas por algún tratamiento. Resulta evidente la variedad de percepciones que se tiene sobre el tema de adicciones. Es curioso también los puntos en donde convergen todas y todos los entrevistados, el más popular fue la falta de información que se tiene al respecto de la enfermedad, pues lo más común no es considerarlo como tal, sino como una falta de voluntad, lo cual lleva a una serie de juicios y estigma, incluso por parte de la misma familia en muchas ocasiones, lo cual lleva al segundo punto de incidencia que es la importancia del involucramiento de familia durante el tratamiento. El tercer punto también bastante relevante es el post tratamiento y curiosamente es donde el rechazo es aún mayor. “Desconocen que es una enfermedad. Te señalan y te llaman borracho,

¹⁰ Al utilizar el término “denuncia”, lejos de criminalizar, se busca tratar o resolver una problemática familiar sin atentar contra la dignidad ni integridad de quien necesita un tratamiento, y de cambiar el ingreso involuntario por un “ingreso prescrito” por un profesional de la salud.

que te faltan huevos, que te falta voluntad... Siempre vas a ser el apestado de la familia, cuando tomas y cuando no... ahora no es ya llegó el borracho es ya llegó el sano y pues quieras o no te señalan” (ciudadano 3, 20 de octubre 2021). “Creo que se ha vuelto más incomodo ahora, la gente no sabe ni cómo tratarte porque no entienden que es una enfermedad, ya mejor digo que soy alérgica al alcohol para que no me estén insistiendo con que tome (refiriéndose a su familia indirecta)” (ciudadana 3, 20 de octubre 2021). Lo anterior se convierte en un problema de reinserción social bastante notorio y una vez más pone en evidencia que es una enfermedad que nos compete a todos como sociedad y que sin duda es un problema público.

Por parte de las y los funcionarios públicos, en su mayoría, el trastorno de adicción-dependencia si es percibido como una enfermedad, sin embargo, se sigue viendo como algo muy ajeno, a pesar de haber mencionado en su mayoría tener algún caso cercano. La construcción social negativa que se tiene al respecto se hizo notar incluso en funcionarios del CECA. “Mira es muy sencillo, si yo tengo a mi hijo y le da COVID pues sin problema me acerco a consultar con un medico, incluso le digo a todas las personas, pero si tengo un hijo adicto no funciona igual” (personal del CECA en entrevista 2021).

Existe la sensibilidad por parte de algunos funcionarios para entender la complejidad de la enfermedad y no reducirla a una cuestión de voluntad. “Lo poco que hemos detectado desde nuestra trinchera es que la mayoría de las personas con adicciones están tratando de llenar un vacío, normalmente es falta de cariño o abandono” (personal del SEDIF, entrevista 2021). Se entiende perfectamente que no es una enfermedad individual, sin embargo se insiste en el menor involucramiento posible y se tiende a tener una visión sumamente negativa del padecimiento, al no ser una enfermedad tan visible como otras, por ser una enfermedad de la mente, resulta complejo tratar incluso de emitir juicios al respecto, “es algo que viene del vinculo familiar y amoroso [...] nunca vas a encontrar a fuera lo q no te dieron desde el inicio, por eso yo observo que muchos de los casos son literal desahuciados” (personal del programa AMA del Estado de Querétaro, entrevista 2021). Resulta un tanto polémico referirse a alguien con cualquier tipo de enfermedad como desahuciado y únicamente

perpetua un estereotipo que en gran cantidad de ocasiones no corresponde. “Hay más leyes y se hace más por los animales que por los adictos” (padrino 1, 06 de octubre 2021). Mientras esto siga ocurriendo, seguiremos viendo y escuchando estas historias que parecieran sacadas de una película de terror de lo que ocurre dentro de los anexos y peor aún, seguirán apareciendo más y más anexos pues es un negocio relativamente redituable. Quizá se logró la atención pública cuando alguien conozca un caso cercano o allegado de este tipo de tratos y tortura, y es difícil que eso pase pues se contaría con los recursos suficientes para pagar una clínica totalmente profesional y prestigiosa.

Mientras eso no ocurra, la realidad de más del 60% de la población en Querétaro seguirá siendo invisible. Seguirán existiendo como una población “no deseada”, que, si no la volteo a ver, no existe; por más que los encabezados de periódicos sigan diciendo “encabeza Querétaro el uso de inhalantes”, pues en 2021, la entidad registró el tercer lugar nacional en consumo.

Se pone en evidencia también, paradójicamente, que es un problema tan común que incluso muchos lo padecen, pero lo niegan “si tenemos a muchísimos políticos adictos, pero imagínate que van a decir si tenemos a un gobernador adicto” (personal del CECA, entrevista 2021). Si es una enfermedad tan común y evidente por los síntomas de quien consume, ¿por qué la seguimos negando y tratando por medio del castigo.

V. Conclusiones y recomendaciones

Tras haber realizado la investigación y a partir de las entrevistas a personas clave dentro del tema de adicciones en Querétaro, se puede afirmar que lo planteado en la hipótesis inicial: *como consecuencia de la construcción social negativa (estigma) que se tiene de la persona adicta, las políticas públicas en materia de salud mental y (específicamente) en temas de adicciones se ven afectadas y/o no priorizadas*, repercute de forma directa y notable, ya que, como se evidencia en el capítulo IV, el estigma social de quien padece el trastorno sigue estando fuertemente marcado ante la sociedad, impidiendo un abordaje objetivo e integral de la problemática.

Como sociedad civil

El aspecto más relevante para resaltar es que el trastorno sigue siendo percibido y considerado como un tema de *falta de voluntad* por parte del adicto y no como un trastorno mental; se sigue pensando incluso que es un tema de conducta inapropiada, incluso hasta delictiva, situándolo como un problema individual y de seguridad, en lugar de no un problema de salud pública.

Partiendo de lo anterior, queda claro que quizá la solución tiene que venir tanto de un cambio de percepción de la sociedad, como de los tomadores de decisiones, que, en su mayoría, comparten la misma visión obsoleta y errónea de la sociedad. Sin embargo, no hay un análisis profundo de la problemática y como ocurre con los temas de injusticia, existe una fuerte corresponsabilidad social que muchas veces resulta más cómodo ignorar.

De acuerdo con la perspectiva teórica de la dinámica estigmatizante asociada al trastorno mental de Adriana Badallo Carbajosa (2017), tradicionalmente, “el concepto *estigma* hace referencia al atributo o conjunto de atributos que permiten identificar a

un individuo como perteneciente a un colectivo desvalorado. Como se abordó en capítulos anteriores, el estigma de esta población específica viene de muchos años atrás. Dentro de la perspectiva teórica de Badallo Carbajosa, se clasifican los principales estereotipos y prejuicios asociados al atributo “trastorno mental” como: 1. Peligrosidad y violencia, 2. Incompetencia para poder llevar una vida en autonomía. Entendiendo el estigma como un aspecto psicosocial, los estereotipos y prejuicios “servirán de justificación para que el grupo normativo desarrolle conductas de discriminación, tanto hacia la persona en concreto como hacia el colectivo en general, que llevarán a quien sufre la estigmatización a una situación de marginación y exclusión social” (González et al, 2008, en Badallo Carbajosa, 2017).

Otro aspecto que resulta importante a destacar es el del auto estigma. Debido a la carga social negativa y al tipo de tratamiento que se ha utilizado durante años, resultó inesperado escuchar en las entrevistas algunos malos tratos de personas que recibieron tratamiento, y que sin embargo no lo asocian a un mal trato. Resultó muy común el testimonio: “pues si nos metían nuestros golpes o nos dejaban sin comer uno o dos días... pero nada que no me mereciera”. Esto es un factor clave para terminar de entender como el mismo paciente experimenta y carga con el estigma que la sociedad le ha impuesto durante años, sintiéndose acreedor a un castigo y no a un tratamiento digno. Según el abordaje teórico de la estigmatización de Badallo Carbajosa (2017), “la persona estigmatizada desarrolla una identidad socialmente devaluada, internaliza el autoestigma y despliega un repertorio conductual característico del rol de enfermo”.

De acuerdo con la sociedad española de psiquiatría (2021), “reducir el auto estigma, es el primer paso para la sensibilización de cualquier enfermedad mental”. Podría resultar cómodo pensar que es responsabilidad de las autoridades el hacer frente al problema de las adicciones, sin embargo, es difícil ver un cambio si la misma sociedad no lo exige. En este sentido, por más que las leyes y políticas cambien, mientras la sociedad en general no se apropie de la causa y modifique su perspectiva hacia la misma, las leyes permanecerán únicamente en papel.

Según el enfoque actual de la psicología con estudios relacionados a la ciencia del comportamiento, *el adicto no nace, se hace*. Se hace por un conjunto de condiciones sociales y también genéticas. ¿por qué insistimos a evitar cuestionarnos qué hemos hecho como sociedad para contribuir a qué se empiecen a consumir drogas cada vez a más temprana edad? O, si se quiere analizar desde un punto más constructivo, ¿qué estamos haciendo como sociedad para no dejar atrás a esta población vulnerable y que al final del día es parte de nuestra realidad?, ¿estamos generando una sociedad incluyente en dónde puedan ser reintegrados o los estamos aislando y relegando por el estigma y juicio, creando un problema aún mayor?

Como autoridad o persona tomadora de decisiones

Fuera de pensar que la solución ante esta inminente situación tiene que venir de arriba hacia abajo, es decir, por parte de las autoridades e instituciones gubernamentales, es importante comprender que para que una política pública sea efectiva, la sociedad tiene que apropiarse de ella. De nada sirve un cambio en cuanto a legislatura o regulación si el problema que se intenta resolver sigue estando marcado por el estigma por parte de la sociedad.

Incluso para llegar a ejecutar algún cambio estructural, es necesario eliminar el estigma que también existe desde los tomadores de decisiones. Retomando algunos fragmentos de las entrevistas, existe una gran indiferencia con respecto al tema, la cual tiene como resultado la falta de voluntad política.

Como consecuente, se trata de un cambio de percepción en todos los niveles, y por supuesto, el cambio de percepción tiene que ir acompañado de documentos (leyes y regulaciones en que sustentarse). El cambio para que sea efectivo, tiene que ser multilateral, es decir de distintos actores políticos, incluida la sociedad civil.

Desde la perspectiva del modelo de elaboración de políticas públicas “de abajo hacia arriba”, el proceso político supondría que la puesta en practica debería estar en función de los deseos y capacidades de los niveles inferiores de gobierno y de sus clientes. “supondría además que todo el proceso de la política publica debería

organizarse para reflejar de manera más directa las demandas de lo que constituye “la arena” de elaboración de políticas públicas, así como los deseos de las masas y a importancia de los niveles más bajos

Además del cambio en la perspectiva o construcción social de la problemática, hace falta la exigencia por parte de la sociedad hacia las autoridades; “incorporar en todo el proceso a los actores involucrados, de tal forma que los mismos se transformen en sujetos creadores de la política pública y simultáneamente en objeto de la misma” (Peters, 1995: 265).

Esta propuesta de involucramiento podría caber también en el término de *buena gobernanza*, el cual hace referencia a todos los procesos de gobierno, instituciones, procedimientos y prácticas mediante los que se deciden y regulan los asuntos que atañen al conjunto de la sociedad. De acuerdo con la oficina del alto comisionado del Consejo de Derechos Humanos de Naciones Unidas (2021), los atributos de una buena gobernanza son: transparencia, responsabilidad, rendición de cuentas, participación y capacidad de respuesta a las necesidades de la población.

Como se ha hecho hincapié, es urgente que la población se sensibilice hacia las adicciones pues como se mencionó a lo largo de la investigación, es un tema del cual todos somos responsables, pero pareciera que nadie es responsable al mismo tiempo. Esta investigación reitera la urgente invitación a replantear la manera en la que se aborda el tema del trastorno de adicción-dependencia en todos los niveles.

Algunas recomendaciones puntuales hacia las y los tomadores de decisiones son, además de la regulación de los centros a partir de incentivos, proporcionados desde un nivel federal (a través de Secretaría de Salud/ CONADIC), el reestructurar el Consejo Estatal Contra las Adicciones del Estado, facultándolo con poder legal para que pueda efectuar acciones concretas más allá de emitir “recomendaciones”. El tema de incentivar a los directivos de los centros a profesionalizar sus servicios es urgente pues desde ahí se debe empezar para otorgar un tratamiento digno y de calidad. Como requisito fundamental para la operación de algún centro, se debe comenzar por la facultad y capacidad de operarlo. No es posible que solamente 4 centros en el Estado

estén avalados por CONADIC y que en la actualidad exista solamente un centro totalmente profesionalizado.

Se hace una invitación también a replantear los procesos de justicia penal hacia las personas que tienen dependencia a sustancias, pues fuera de lograr reintegrarlas a la sociedad, generar un fuerte estigma debido a la criminalización. Este trabajo no pretende entrar al complejo proceso de legalización de sustancias, si no más bien dar el primer paso hacia el reconocimiento de la humanidad en el otro.

Como directivo de algún centro residencial

Por último y como actor clave dentro del tema de las adicciones en el Estado de Querétaro se encuentran los directivos de los centros residenciales para el tratamiento (padrinos), a quienes se les hace una urgente invitación al igual que a los demás actores, a replantearse la manera de abordar la problemática; y lo más importante, a profesionalizar los servicios que otorgan, con el fin de proporcionar un tratamiento adecuado que fuera de perpetuar el estigma (a través de métodos punitivos e incluso violentos) , colaboren en la misma línea de que se trata de un tema de salud pública. Se les invita a buscar apoyo y asesoría por parte de los órganos capacitados para ello como el Consejo Estatal e incluso CONADIC. Se hace un reconocimiento y agradecimiento por su labor e interés en el tema, sin embargo, es urgente que se cuente con profesionales de la salud dentro de todos los centros.

La participación de los directivos de los centros del Estado de Querétaro es fundamental, pero sin perder de vista que tiene que ser una participación en conjunto y en sintonía con los demás actores y sobre todo con las normas y regulaciones establecidas. Queda claro que la participación de los directores de los centros es en su mayoría como un acto de “buena fe”, continúe de esa manera y busque siempre el bienestar de su población y sobre todo la dignidad y reconocimiento de la enfermedad en sí. Es imprescindible dejar a un lado los temas personales y buscar la profesionalización y apego a los tratamientos ya comprobados.

Se hace también la invitación a crear redes de apoyo entre instituciones (mismos centros), y, sobre todo, no perder de vista el servicio y trato hacia los demás. Pues gran parte del proceso de éxito o fracaso de un tratamiento va a residir en manos de quién lo proporciona.

Al tener un total entendimiento de la complejidad del problema, se hace un fuerte énfasis en la importancia de su trabajo en la vida no solo del paciente si no de su familia, y finalmente en toda la sociedad.

Modelos alternativos

Algunos Estados de la república mexicana han optado por transicionar a la justicia terapéutica con resultados costo-eficientes. El modelo de justicia terapéutica se centra en el impacto de la ley en el espectro emocional y el bienestar psicológico, emocional y humano de la ley, el proceso y los actores legales. Como resultado tangible de este modelo que opera actualmente en Nuevo León¹¹, Morelos, Durango y Chihuahua¹², surgen los Tribunales para el Tratamiento de Adicciones (TTA), a través de dichos tribunales, se logra tener una percepción distinta de las adicciones pues se le otorga el tratamiento adecuado a la persona que tuvo algún conflicto con la ley y tiene trastorno de adicción-dependencia. Por lo tanto, se enfoca en su reinserción a través del tratamiento de su condición más que en la penalización por una conducta delictiva. Si bien, esta opción es únicamente viable para personas que padecen un consumo problemático o dependencia a sustancias psicoactivas y que precisamente debido a esa condición, presuntamente hayan cometido algún delito. La adopción de los TTA representa un gran avance en cuanto al reconocimiento del problema como un tema de salud además de un tema de justicia penal o seguridad. Sin embargo, a nivel local (Querétaro), se tiene poco conocimiento de este tipo de modelos a pesar de llevar más de 5 años implementados exitosamente en los Estados mencionados.

¹¹ Instaurados en Monterrey bajo la iniciativa del Consejo de la Judicatura el 01 de septiembre del 2009.

¹² Instaurados en Chihuahua mediante el acuerdo del Pleno el 7 de Agosto de 2014

Cabe mencionar que tras los diálogos establecidos con los distintos actores, se hizo alusión más de una vez del tema de las personas privadas de la libertad por el uso de sustancias, y lo retador que se vuelve la reinserción social de las mismas por el problema de consumo pues se encuentran en una situación aún más vulnerable, pues pueden cumplir con su medida de privación de libertad por cualquier delito que hayan cometido, pero dicha medida no soluciona su problema de dependencia a sustancias, para ello se necesita un tratamiento profesional, tal y como lo realizan dichos TTAs.

Tras diálogos con expertos en áreas relacionadas al abordaje del tema de adicciones, este trabajo recomienda y propone la creación de jurisdicción para atender situaciones de urgencia con perspectiva de justicia y de derechos humanos, reuniendo mesas de expertos que sean capaces de exponer la urgencia de la que se habla. De acuerdo con lo dialogado con un experto en derecho constitucional¹³, “la agenda política lamentablemente se nutre de temas que electoralmente pueden ser redituables”, es por ello que se requiere de la sociedad y grupos de expertos para proponer una ley orgánica y que posteriormente el poder ejecutivo y judicial creen órganos con atribuciones y facultades; de igual forma es necesaria la institucionalización de un presupuesto que los haga funcionar.

Existen también modelos como el Planet Youth¹⁴, que consiste en un programa de asesoramiento basado en datos para la prevención del uso de sustancias. Desde el 2021, el gobierno de Guanajuato participa en el programa de este modelo islandés. Por lo que se propone hacer uso de todos estos modelos alternativos como parte de una política pública integral.

Una opción viable también para el tema del ingreso involuntario a los centros residenciales de tratamiento contra las adicciones, que en ocasiones es percibido por los usuarios como una violación a sus derechos e integridad, es el de las fiscalías especializadas en dónde se determine por un profesional de la salud que es necesario

¹³ Se extiende el agradecimiento al Dr. Marcos del Rosario Rodríguez por la entrevista del día 28 de marzo en la ciudad de Guadalajara, Jal. y que versó sobre este tema.

¹⁴ <https://planetyouth.org/es/portada/>

un tratamiento residencial, que dicho procedimiento en teoría debería ocurrir pues ésta establecido dentro de los Lineamientos Nacionales para el Ingreso Involuntario a Establecimientos Residenciales de Tratamiento y Rehabilitación de las Adicciones (CONADIC, 2006), no obstante, dichos lineamientos no se ven respetados para el ingreso. Es común encontrar también a personas que no padecen de un problema de consumo, sin embargo, los familiares optan por ingresar a la persona en contra de su voluntad. Existe también la cifra negra de las personas que son parte del crimen organizado, que utilizan los centros como un lugar de resguardo y escondite.

Si bien, queda claro que es un tema de gran complejidad y que no puede ser atendido desde una sola esfera como se ha venido mencionando. Es necesaria la cooperación de los distintos actores mencionados para lograr una mejor situación para esta población que ha sido excluida por años, al grado de resultar casi inexistente para muchos, que irónicamente, reconocen al menos a un adicto en su círculo cercano.

El objetivo último de este estudio de caso es visibilizar a esta población y asumir la corresponsabilidad social que conlleva la problemática en sí. No se trata de una mera exigencia a las autoridades, si no de un ejercicio de conciencia para reconocer que la injusticia social es responsabilidad de todos y que el estigma o construcción social negativa que tiene cualquier tipo de población se verá reflejada en el tipo de acciones o políticas públicas que se implementen y finalmente en un olvido colectivo de un porcentaje de la población, (alto o bajo), al fin y al cabo, humanidad con los mismos derechos y obligaciones que el resto.

Referencias:

- Aguilar Villanueva, L. F. (1993). Estudio introductorio, en: *Problemas públicos y agenda de gobierno*. Mexico: Porrúa (pp. 15-72).
- American Psychiatric Association. (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing (pp. 253-305).
- Amnistía Internacional. (2006). *El estado como "aparato reproductor" de violencia contra las mujeres*. México: Amnistía Internacional. Recuperado de: <https://www.amnesty.org/es/documents/amr01/3388/2016/es/>
- Arreguín, J. M. (2018). *Justicia Terapéutica. Nova Iustitia, Revista Digital de la Reforma Penal*. (pp. 6-10). Recuperado de: https://www.poderjudicialcdmx.gob.mx/wp-content/uploads/Revista_Nova_Iustitia_Agosto_2018.pdf#page=27
- Barrón, E. (2021). *Estrategia Nacional para la Prevención de Adicciones*. Conferencias CONADIC, CDMX.
- Becerra-Partida OF. (2014). *La salud mental en México, una perspectiva, histórica, jurídica y bioética*. (pp.238-253). Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/832/83232594012.pdf>
- Beliz, G. (2012). *Gobernar la seguridad ciudadana en América latina y el Caribe*. Banco Interamericano de Desarrollo. Washington DC. Recuperado de: <https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Gobernar-la-seguridad-ciudadana-en-Am%C3%A9rica-Latina-y-el-Caribe-Amenazas-desaf%C3%ADos-y-nudos-estrat%C3%A9gicos-de-gesti%C3%B3n.pdf>
- Bezanilla, J. M., Miranda, M. A., & González Fabiani, J. H. (2016). *Violaciones graves a derechos humanos: violencia institucional y revictimización. Cuadernos de Crisis y Emergencias* (pp. 1-14). Recuperado de: https://www.academia.edu/27266541/VIOLACIONES_GRAVES_A_DERECHOS_HUMANOS_VIOLENCIA_INSTITUCIONAL_Y_REVICTIMIZACION_26_07_16
- Cairney, P. (2019). *Politics & Public Policy*. Recuperado de Word Press: <https://paulcairney.wordpress.com/2019/09/03/politicas-publicas-en-500-palabras-que-es-la-politica-publica-y-por-que-importa/>
- Carbajosa, A. B. (2018). *La dinámica estigmatizante: generación y mantenimiento del estigma y el autoestigma asociado al trastorno mental en la vida cotidiana*. Número I, Vol. 9 . Colegio Oficial de la Psicología de Madrid. Recuperado de: <https://www.revistaclinicacontemporanea.org/art/20180302092518101000>

- CIEP. (2020). *Centro de Investigación Económica y Presupuestaria A.C.* Recuperado de:
<https://ciep.mx/presupuesto-para-salud-mental-relevancia-ante-la-covid19/>
- Colleen L. Barry, E. E. (2014). *Stigma, Discrimination, Treatment, Effectiveness, and Policy. PSYCHIATRIC SERVICES* . (pp.1269-1272).
- CONADIC. (2021). *Estigma en la salud mental y consumo de sustancias*. México.
- Correa, C. P. (2019). *El Universal*. Recuperado de:
<https://www.eluniversal.com.mx/catalina-perez-correa/cambio-o-continuidad-en-la-politica-de-drogas>
- Espinosa, D. L. (2015). Colección de textos sobre Derechos Humanos . In D. L. Espinosa, *Grupos en situación de vulnerabilidad*. México: CNDH. (pp. 24-86)
- Ferrajoli, L. (2002). *Derechos y garantías: la ley del más débil*. Madrid: Trotta.(pp.48-56).
- Gaceta médica . (2021). Recuperado de:
<https://gacetamedica.com/profesion/reducir-el-autoestigma-el-primer-paso-de-la-sensibilizacion-de-la-enfermedad-mental/>
- Gobierno de México. *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco*. (2016-2017). Recuperado de:
http://inprf.gob.mx/psicosociales/archivos/ena/ENCODAT_TABACO_2016-2017.pdf
- Gobierno de México (2013). Recuperado de:
<http://www.cenaprece.salud.gob.mx/descargas/pdf/EstrategiaNacionalSobrepeso.pdf>
- Grob, H. (2006). *Defining 'Mental Illness' In mental health policies. Health Affairs* (pp. 737-749). Recuperado de:
https://commed.vcu.edu/IntroPH/MentalHealth/definingMI_may06.pdf
- Helbing, T. (2010). *las externalidades, lo que ocurre cuando los precios no reflejan del todo los costos*. Finanzas y Desarrollo. (pp. 48-50)
- IAFA. (2020). *Instituto Sobre Alcoholismo y Farmacodependencia*. Recuperado de:
<https://www.iafa.go.cr/blog/que-es-la-adiccion#:~:text=Seg%C3%BAAn%20la%20Organizaci%C3%B3n%20Mundial%20de,%2C%20gen%C3%A9ticos%2C%20psicol%C3%B3gicos%20y%20sociales>
- (JIFE), J. I. (2013). *Las drogas, la delincuencia y la violencia: los efectos a nivel microsocial*. Recuperado de:

https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/Thematic_chapters/Spanish/AR_2003_S_Chapter_I.pdf

Lang, O. (2019). BBC. Recuperado de: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-50424122>

Maturana, A. (2011). *Consumo de alcohol y drogas en adolescentes*. Revistas medicas, Departamento de psiquiatría. Unidad de Psiquiatra infantojuvenil. (pp. 1-12.). Recuperado de : <http://adevaldivia.cl/documentos/documentos2020/4medio/Biolog%C3%ADa/CONSUMO%20DE%20ALCOHOL%20Y%20DROGAS%20EN%20ADOSLESCENTES.pdf>

Merino, M. (2008). *La importancia de la ética en el análisis de las políticas públicas*. Revista del CLAD, Reforma y Democracia. No.41.

Merck & Co (2021). *Manual MSD*. Recuperado de: <https://www.msdmanuals.com/es/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/trastornos-relacionados-con-sustancias/trastornos-por-uso-de-sustancias> Merino, M. (2008). " La importancia de la ética en el análisis de las políticas públicas". Revista del CLAD Reforma y Democracia, (41).

Ministerio de Educación, M. d. (2015). *UNESCO*. Recuperado de: <https://hivhealthclearinghouse.unesco.org/library/documents/los-derechos-humanos-frente-la-violencia-institucional>

Nieves, R. (2021). *Encabeza Querétaro el uso de Inhalantes*. El Sol de San Juan del Río. Recuperado de: <https://www.elsoldesanjuandelrio.com.mx/local/encabeza-queretaro-el-uso-de-inhalantes-ceca-adicciones-guillermo-tamborrel-conadiconarcomenudeo-en-san-juan-6507963.html>

ONU México. (2020). Recuperado de: <https://coronavirus.onu.org.mx/la-pandemia-por-covid-19-ha-provocado-una-crisis-de-salud-mental>

Ortíz, Y. C. (2005). *Analisis de los factores que impactan la fuga de capital en México*. Universidad Veracruzana, Facultad de Economía. Recuperado de: <https://cdigital.uv.mx/bitstream/handle/123456789/47525/CuevasOrtizYracema.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Ortuño, G. (2019). *El Plan de AMLO contra adicciones*. Animal Político . Recuperado de: <https://www.animalpolitico.com/2019/11/plan-amlo-adicciones-presupuesto-contradictorio/>
- Pública, I. N. (s.f). *Gobierno de México*. Recuperado de: <https://encuestas.insp.mx/ena/ena2011.php>
- Perelman, M., & Tufro, M. (2017). *Violencia Institucional: tensiones actuales de una categoría política central*. Argentina: Centro de Estudios Legales y Sociales. Recuperado de: <https://www.cels.org.ar/web/publicaciones/violencia-institucional-tensiones-actuales-de-una-categoria-politica-central/>
- Peters, B. G. (1995). *Modelos alternativos del proceso de la política pública: de abajo hacia arriba o de arriba hacia abajo*. En B. G. Peters, *Gestión y Política Pública*. México D.F: Solar. (pp. 257-275).
- Poder Legislativo del Estado de Querétaro . (2017). Recuperado de: http://legislaturaqueretaro.gob.mx/app/uploads/2016/01/LEY126_59_18.pdf
- Pradilla, A., & Bravo, J. (2021). *Anexos en Guanajuato: en la mirada del narco y sin apoyo de las autoridades*. Animal político . Recuperado de: <https://www.animalpolitico.com/anexos-de-guanajuato/?fbclid=IwAR2IfIflrE6TbR2CxfP6UnkTu4-ktK3Jnj3S8vPGfV9mbZmxLpn9blAwLvXjE>
- Campos, L. (2020). *Dejaron morir a Angela: centro de rehabilitación en MTY*. Revista Proceso. Recuperado de: <https://www.proceso.com.mx/nacional/estados/2020/12/23/reactivan-investigacion-por-muerte-de-angela-en-casa-de-rehabilitacion-de-nl-indagan-feminicidio-255037.html>
- República, P. P. (2019). *Gobierno de México*. Recuperado de: <https://www.gob.mx/presidencia/prensa/estrategia-nacional-de-prevencion-de-adicciones-recibira-apoyo-sin-precedentes-afirma-presidente-lopez-obrador>
- Ruiz, J. Q. (2019). *Senado*. Recuperado de: https://www.senado.gob.mx/64/gaceta_del_senado/documento/98907
- Salud, O. M. (2021). *Informe OMS Sobre la Epidemia Mundial del Tabaquismo*. OMS.
- Salud, S. d. (2019). *Salud y Bienestar: adicciones y salud mental*. Recuperado de: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/513314/SALUD_Y_BIENE_STAR_3.pdf

- Salud, S. d. (2022). Recuperado de:
https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/592674/Directorio_Mich-Zac_V_4.2_2020.pdf
- Subirats, J., Knoefel, P., Larrue, C., & Varonne, F. (2008). *Analisis y gestión de políticas públicas*. Barcelona: Arie. (pp.237-248)
- Unidas, O. d. (2021). *Naciones Unidas*. Recuperado de:
<https://www.ohchr.org/SP/Issues/Development/GoodGovernance/Pages/AboutGoodGovernance.aspx>
- Vela, D. S. (2020). *El financiero*. Recuperado de:
<https://www.elfinanciero.com.mx/nacional/el-marro-habria-ordenado-el-ataque-a-anexo-en-irapuato/>