



"2020, Año de Leona Vicario, Benemérita Madre de la Patria"

## MESA DIRECTIVA

PODER LEGISLATIVO FEDERAL  
COMISIÓN PERMANENTE

**OFICIO No. CP2R2A.-1858**

Ciudad de México, 28 de julio de 2020

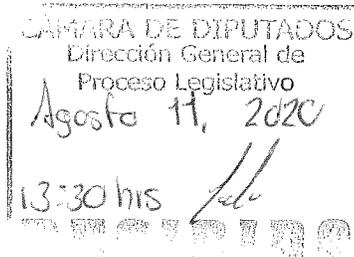
**DIP. MIROSLAVA SÁNCHEZ GALVÁN**  
**PRESIDENTA DE LA COMISIÓN DE**  
**SALUD**  
**P R E S E N T E**

Me permito comunicar a Usted que en sesión celebrada en esta fecha, la Diputada Idalia Reyes Miguel, del Grupo Parlamentario Morena, presentó Iniciativa con proyecto de decreto por el que se adiciona una fracción III al artículo 192 quáter de la Ley General de Salud.

La Presidencia, con fundamento en los artículos 21, fracción III y 179 del Reglamento para el Gobierno Interior del Congreso General de los Estados Unidos Mexicanos, dispuso que dicha Iniciativa, misma que se anexa, se turnara a la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados.

Atentamente

**DIP. SERGIO CARLOS GUTIÉRREZ LUNA**  
**Secretario**



**INICIATIVA CON PROYECTO DE DECRETO QUE ADICIONA UNA FRACCIÓN III AL ARTÍCULO 192 QUÁTER DE LA LEY GENERAL DE SALUD CON LA FINALIDAD DE ESTABLECER UNA RED DE CENTROS PARA LA PREVENCIÓN DE ADICCIONES Y DE DESINTOXICACIÓN VOLUNTARIA AL INTERIOR DE LOS CENTROS PENITENCIARIOS FEDERALES, ESTATALES Y MUNICIPALES.**

58

Con fundamento en la Fracción II del Artículo 72 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y la Fracción I del Artículo 6 del Reglamento de la Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, respecto del derecho de los Diputados para iniciar leyes o decretos; asimismo, con fundamento en los Artículos 76, 77 y 78 del citado Reglamento, que establecen las disposiciones y requisitos para la presentación de iniciativas, y en el numeral 1 del Artículo 102 del Reglamento mencionado, que norma el procedimiento al que está sujeta la presentación de las mismas, la que suscribe, **DIPUTADA IDALIA REYES MIGUEL**, integrante de la LXIV Legislatura del H. Congreso de la Unión y del Grupo Parlamentario de MORENA, presento ante esta Honorable Cámara de Diputados la siguiente **INICIATIVA CON PROYECTO DE DECRETO QUE ADICIONA UNA FRACCIÓN III AL ARTÍCULO 192 QUÁTER DE LA LEY GENERAL DE SALUD CON LA FINALIDAD DE ESTABLECER UNA RED DE CENTROS PARA LA PREVENCIÓN DE ADICCIONES Y DE DESINTOXICACIÓN VOLUNTARIA AL INTERIOR DE LOS CENTROS PENITENCIARIOS FEDERALES, ESTATALES Y MUNICIPALES.**

**EXPOSICIÓN DE MOTIVOS**

*La evolución del consumo de drogas en México y sus consecuencias*

El consumo de drogas se ha convertido en uno de los mayores flagelos de la sociedad mexicana. En los últimos años se ha experimentado un incremento considerable en el número de consumidores, al mismo tiempo que la edad de consumo se ha reducido. De acuerdo con la Estrategia Nacional de Prevención de Adicciones, en México hay 2.2 millones de consumidores de sustancias adictivas, de los cuales 230 mil son niños, niñas y adolescentes. En el caso de las drogas ilegales, el consumo entre menores aumentó 300 por ciento en el periodo 2002-2017 y la edad de inicio disminuyó a diez años. Entre las mujeres, el consumo de este tipo de sustancias aumentó 128.5 por ciento. Y entre la población en general el consumo casi se triplicó,

aumentando 141 por ciento durante el periodo mencionado. Tres fenómenos son especialmente graves en relación con el consumo de drogas en México: la disminución en la edad de inicio, el incremento del consumo entre adolescentes y una importante incursión de las mujeres, sobre todo las jóvenes, en los contextos del uso de drogas.

Según datos para el año 2016 citados por el Informe sobre la Situación del Consumo de Drogas en México y su Atención Integral (2019) el 10.3 por ciento de la población mexicana manifestó haber consumido cualquier droga alguna vez en la vida (hombres, 16.2% y mujeres, 4.8%). En el caso de las drogas ilegales la prevalencia es de 9.9 por ciento, siendo la marihuana la de mayor prevalencia con 8.6 por ciento seguida de la cocaína con 3.5 por ciento.

Esto representa un aumento significativo en el consumo de cualquier droga alguna vez en la vida con respecto de la registrada en la Encuesta Nacional de Adicciones del año 2011: en cinco años se ha registrado un incremento significativo en el consumo, tanto para hombres como para mujeres. El indicador aumentó de 7.8 por ciento al 10.3 mencionado; en el caso de los hombres pasó de 13 a 16.2 y en las mujeres de 3 a 4.8 por ciento. Por rango de edad, la mayor prevalencia en la actualidad se localiza entre las personas de 18 a 34 años, con 15 por ciento, frente a 6.4 en el rango de 12 a 17 años y 7.5 en el rango de 35 a 65 años. En el caso de los hombres, la prevalencia entre los 18 y 34 años alcanza el 22.8 por ciento.

El incremento ha ocurrido sobre todo en el consumo de drogas ilegales. El porcentaje de mexicanos que ha consumido este tipo de drogas alguna vez en su vida prácticamente se duplicó pasando de 4.6 por ciento en 2002 a 9.9 por ciento en 2016, siendo este incremento significativo tanto para hombres como para las mujeres.

En números absolutos quienes han consumidos cualquier tipo de drogas alguna vez en su vida pasaron de 1 millón 452 mil 782 personas en 2011 a 2 millones 509 mil 088 personas en 2016. De esta última cifra, 1 millón 914 mil 168 son hombres y 594 mil 920 son mujeres.

Por otra parte, 2.9 por ciento (hombres, 4.6% y mujeres, 1.3%) manifestaron haber consumido cualquier tipo de drogas en el último año. La mayor prevalencia ocurre entre hombres de 18 a 34 años de edad, con 8.2 por ciento, mientras en las mujeres se da entre los 12 y 17 años de edad con 2.7 por ciento. Los incrementos significativos se dieron en la población joven, tanto en hombres como en mujeres.

Para el consumo de cualquier droga en el último mes, la prevalencia en el total de la población fue de 1.5% (1.3 millones); de los cuales el 2.7% (1.1 millones) son hombres y 0.5% (201 mil) son mujeres. Los mexicanos que declararon haber consumido cualquier tipo de droga en el último mes pasaron de 761 mil 638 en 2011 a 1 millón 317 mil 310 en 2016. La mayor prevalencia se da en los hombres de 18 a 34 años de edad con 4.8 por ciento. Este dato es un acercamiento más fino sobre el número de

consumidores de drogas en México. Las cifras indican que el 0.6 por ciento de la población (1.1% de los hombres y 0.2% de las mujeres) ha desarrollado dependencia a cualquier droga, lo que representa a 546 mil personas aproximadamente (445 mil hombres y 99 mil mujeres).

La droga ilegal de mayor consumo es la mariguana: 8.6 por ciento de los mexicanos la ha probado alguna vez en su vida y 2.1 por ciento lo hicieron en el último año. Después está la cocaína: 3.5 por ciento la ha consumido alguna vez en la vida y 0.8 por ciento en el último año. En el caso de heroína, la prevalencia en el consumo alguna vez en la vida fue de 0.2 por ciento; en anfetaminas de 0.9 por ciento y en drogas de uso médico fuera de prescripción de 1.3 por ciento.

El consumo de la droga ilegal más popular, la mariguana, se ha incrementado en términos porcentuales y absolutos en los últimos años: las personas de 12 a 65 años que la consumieron alguna vez en la vida pasó de 3.5 por ciento en el año 2002 (2 millones 430 mil 285) a 4.2 por ciento en 2008 (3 millones 146 mil 796), a 6.0 por ciento en 2011, y a 8.6 por ciento en 2016 (7 millones 374 mil 195). La misma tendencia de crecimiento ha experimentado la prevalencia entre las personas que manifestaron consumir mariguana el último año hasta alcanzar 2.1 por ciento, equivalente a 1.8 millones de personas en 2016.

La mariguana es la droga ilegal más consumida también entre los estudiantes: el 2.3% (106 mil) de los estudiantes de quinto y sexto de primaria y el 10.6% (1.1 millones) de los estudiantes de secundaria y bachillerato la han probado alguna vez.

La segunda droga ilegal más consumida en México es la cocaína. Su consumo alguna vez en la vida en la población general se incrementó en poco más de 2 puntos porcentuales desde el año 2002, al pasar de 1.2 por ciento (857 mil 766) en 2002 a 3.5 por ciento (3 millones 5 mil 431 personas) en 2016. Por el contrario, el consumo de heroína ha permanecido estable desde 2008, con prevalencias de uso alguna vez de 0.1 por ciento (106 mil) en 2008 a 0.2 por ciento en 2016, lo que equivale a 145 mil personas, de las cuales más de 140 mil son hombres. La misma estabilidad muestra el consumo de estimulantes tipo anfetaminas y el consumo de drogas médicas fuera de prescripción.

Por otra parte, la edad de inicio en el consumo de drogas se ha reducido de 20.6 años en 2002 a 17.8 años en 2016, un comportamiento que se ha observado en ambos sexos; en hombres pasó de 19.8 años en 2002 a 17.7 años en 2016 y en las mujeres de 23.6 años a 18.2 años.

En cuanto a las consecuencias, de 2010 a 2017 murieron 22 mil 857 personas en el país por trastorno mentales y del comportamiento debido al uso de distintas drogas, sobre todo de alcohol (21 mil 920), seguido por sustancias como inhalables (115), opiáceos (54), cocaína (39) y otro tipo de estimulantes (24). Las drogas que reportaron un mínimo de muertes relacionadas con su consumo fueron los

cannabinoides (6), alucinógenos (3) y los sedantes e hipnóticos (2). No obstante, ocurrieron 514 muertes por trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de múltiples drogas y de otras sustancias psicoactivas. Tomando el año 2017 como muestra, las muertes se concentraron en el rango de edad de 30 a 49 años, seguido por el rango de 20 a 29 años.

Las urgencias médicas por trastornos mentales del comportamiento ocasionados por el uso de drogas durante 2018 fueron 29 mil 644 en el caso del alcohol, 6 mil 011 para múltiples drogas y 2 mil 040 casos por cocaína. Esta última es la droga ilícita que genera la mayor cantidad de solicitudes de atención médica de emergencia, seguida de los inhalables (mil 806 casos), marihuana (mil 274), otros estimulantes (965) y sedantes e hipnóticos (661).

En relación con la incidencia delictiva relacionada con las drogas, de 2012 a 2017 el delito de narcomenudeo, considerado en la Ley General de Salud, tiene una tendencia a la baja. En total, durante ese periodo se registraron 32 mil 388 delitos de ese tipo más 4 mil 706 de otros previstos en la misma ley. Y por delitos contra la salud previstos en la Ley Federal contra la Delincuencia Organizada se reportaron 246 casos en el mismo periodo, además de 6 mil 540 de otros previstos en la misma norma, aunque ambos mantuvieron también una tendencia decreciente a lo largo de esos años. No obstante, el narcomenudeo es el segundo delito del fuero común más cometido, con 5.6 por ciento del total. En el fuero federal, los delitos contra la salud también se posicionaron en segundo lugar constituyendo 24.8 por ciento del total, seguido de narcomenudeo con 14.1 por ciento. Finalmente, el 14.3 por ciento de los reclusos en los centros penitenciarios y en los centros de detención para adolescentes lo fueron por el delito de narcómenudeo.

En consecuencia, de acuerdo con los datos presentados en esta Exposición de Motivos:

1. En los últimos años hay un incremento sostenido en el consumo de drogas en México.
2. Este fenómeno se concentra en la población de 12 a 17 años y de 18 a 34 años.
3. Por sexo, la prevalencia es menor en las mujeres pero en ellas se tienen los mayores incrementos proporcionales.
4. La edad de inicio en el consumo se ha reducido significativamente en los años más recientes.
5. La droga ilegal más utilizada es la marihuana, percibida como de bajo riesgo por los consumidores. Le sigue la cocaína.
6. Las muertes, los problemas del comportamiento y la incidencia delictiva relacionadas con el consumo de drogas afectan a miles de mexicanos.

### *La política de prevención y atención contra las adicciones*

La política en materia de drogas del estado mexicano tiene un enfoque de salud pública orientado a diseñar e implementar acciones de prevención del consumo, tratamiento y rehabilitación, basadas en evidencia científica. Asimismo, está dirigida a la prevención y reducción del daño social asociado al fenómeno de las drogas. Finalmente, impulsa la contención y disuasión de la producción, tránsito y distribución de drogas. A partir de estos tres principios rectores se busca: reducir la demanda de drogas; controlar y reducir la oferta; prevenir la violencia y la delincuencia relacionada con las drogas; establecer un sistema de procuración e impartición y administración de justicia en la materia; generar investigación, evaluación y capacitación; y cooperar internacionalmente en la reducción del problema.

Específicamente, para enfrentar el reto que significa el aumento en el consumo de drogas en México, el Gobierno de la República ha implementado la Estrategia Nacional de Prevención de Adicciones, una serie de medidas permanentes, con enfoque de género y derechos humanos. La estrategia se basa en dos principios: 1) no criminalización de los consumidores y respeto a sus derechos humanos; 2) canalización a centros especializados para su tratamiento y atención a quienes así lo requieran. Además de los pilares de educación y comunicación, la estrategia se apoya en el pilar de la salud, específicamente mediante la creación de una red de atención para el tratamiento y rehabilitación de personas con dependencia a las adicciones y a través del reforzamiento de la infraestructura pública destinada a este fin (Centros de Atención Primaria en Adicciones, JUVENIMSS y Centros de Atención Rural para Adolescentes).

En lo que respecta al esfuerzo financiero dedicado a la atención del consumo de drogas, de acuerdo con el Presupuesto de Egresos de la Federación en 2018 se destinaron mil 801.10 millones de pesos, considerando los recursos de los Centros de Integración Juvenil (709.51 millones), la Comisión Nacional contra las Adicciones (719.29 millones) y el Instituto Nacional de Psiquiatría (372.30 millones). Estos recursos financieros provienen de diferentes partidas, sobre todo del programa E-025 "Prevención y Atención contra las Adicciones" que en 2018 contó con mil 309 millones de pesos. En 2019, el presupuesto destinado a los Centros de Integración Juvenil fue de 744.70 millones; a la Comisión Nacional contra las Adicciones se canalizaron 705.83 millones; y el Instituto Nacional de Psiquiatría contó con 379.25 millones. Para 2020 se programaron los siguientes presupuestos: Centros de Integración Juvenil, 799.26 millones (+3.6 por ciento con respecto de 2019); Comisión Nacional contra las Adicciones, 680.22 millones (-7.0 por ciento); Instituto Nacional de Psiquiatría, 392.72 millones (0.0 por ciento). Por su parte, el

programa referido tuvo un presupuesto de mil 356 millones en 2019 y mil 387 millones en 2020.

<b>PRESUPUESTO PARA EL COMBATE A LAS ADICCIONES, 2018-2020</b>			
<b>(Millones de pesos)</b>			
	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>
<i>Centros de Integración Juvenil</i>	709.51	744.70	799.26
<i>Comisión Nacional contra las Adicciones</i>	719.29	705.83	680.22
<i>Instituto Nacional de Psiquiatría</i>	372.30	379.25	392.72
<b>TOTAL</b>	1,801.1	1,829.78	1,872.2
<i>Programa E-025 "Prevención y Atención contra las Adicciones"</i>	1,309	1,356	1,387

Además de las labores de investigación y prevención, estas instituciones son las encargadas del tratamiento y rehabilitación, que se realizan a través de dos modalidades principales: ambulatoria y residencial.

En el caso de la modalidad ambulatoria, el país dispone de 341 unidades de los Centros de Atención Primaria a las Adicciones (CAPA) y 106 unidades de consulta externa de los Centros de Integración Juvenil (CIJ). A esta red de unidades ambulatorias para el tratamiento de las adicciones conformada por 447 unidades de atención se le suman más de 14 mil 500 grupos de ayuda mutua creados por personas en recuperación, quienes transmiten su experiencia de vida apegados al programa de los 12 pasos de Alcohólicos Anónimos (AA), las 12 tradiciones y los tres legados (unidad, servicio y recuperación) a los cuales añaden temas como la revisión de los defectos de carácter y análisis de literatura propia de AA y de superación personal. En los CAPA en 2018 se brindaron 145,090 sesiones de tratamiento y se atendieron a 34 mil 152 usuarios de drogas y a 111 mil 485 adolescentes en riesgo (algunos son consumidores de drogas y otros se encuentran en riesgo de iniciar su consumo); mientras que en los CIJ en el mismo año se atendió a 93 mil 151 pacientes y familiares en servicios médicos, psicoterapéuticos, de rehabilitación y reinserción social.

Por otra parte, la modalidad residencial, se integra por 11 unidades de hospitalización de los CIJ, 44 unidades residenciales públicas y 2 mil 108 establecimientos residenciales privados de atención a las adicciones, de las cuales 1 mil 045 centros se encuentran registrados y 348 reconocidos por la Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC). Estas unidades se dividen en servicios profesionales (clínicas y hospitales) y servicios de ayuda mutua (manejados por consumidores en recuperación). Igualmente, pueden ser unidades residenciales de

organizaciones gubernamentales o no gubernamentales (tanto privadas como dirigidas por organizaciones de la sociedad civil). Las 11 Unidades de hospitalización de los Centros de Integración Juvenil que en 2018 atendieron a mil 820 pacientes por consumo crónico y consecuencias físicas, emocionales y sociales graves relacionadas con su consumo de drogas. De estos, 87 por ciento fueron hombres y 13 por ciento fueron mujeres. Además, en estas unidades se dio atención a 3 mil 669 familiares de los pacientes. Por su parte, los servicios residenciales no gubernamentales tienen una capacidad instalada de 68 mil 059 camas y el índice de ocupación es de 3 pacientes por cama, por lo que atienden a un aproximado de 204 mil 177 usuarios al año.

Al analizar la información epidemiológica y las características de las personas atendidas por la red de atención al consumo de drogas, se tiene que en los CAPA se admitieron en tratamiento, principalmente a personas por consumo de alcohol (15 mil 971), mariguana (13 mil 994), anfetaminas y metanfetaminas (6 mil 533), tabaco (4 mil 920), cocaína (2 mil 288) e inhalables (1 mil 266). En menor medida asistieron personas por consumo de fármacos (341); heroína, opiáceos y opioides (166); y alucinógenos (60). Esto significa que por consumo de drogas ilegales fueron atendidos 24 mil 648 personas, la mayor parte consumidores de mariguana.

La mayoría de las personas que asiste a tratamiento lo hace de forma voluntaria (61.4 por ciento), acuciada por los problemas familiares y laborales que el consumo de droga genera en sus vidas; mientras que el 26.8 por ciento fueron llevados por familiares o amigos. Respecto de las drogas de inicio de las personas que acudieron buscando ayuda, en poco más de la mitad de los casos se trata de alcohol y tabaco; después siguen las drogas ilegales como la mariguana (17.2 por ciento), los estimulantes de tipo anfetamínico (6.2 por ciento), los inhalables (3.6 por ciento) y la cocaína (3.2 por ciento). En cuanto a la droga que causa más problemas -sea en el área de la salud, familiar, legal o laboral- y que además es el motivo principal de la demanda de servicio, la principal fueron los estimulantes de tipo anfetamínico (33.5 por ciento), seguidos del alcohol (27.4 por ciento), la cocaína (10.4 por ciento) y la mariguana (10.2 por ciento).

De acuerdo con el Observatorio Mexicano de Drogas, durante el año 2018 se brindó tratamiento a 144 mil 931 personas por consumo de distintas drogas, tanto en modalidad ambulatoria como internamiento. En orden de mayor a menor demanda de atención, se encuentra el alcohol (41 mil 297), los estimulantes de tipo anfetamínico (35 mil 139), la mariguana (29 mil 594), la cocaína (12 mil 73), el tabaco (9 mil 517) y los alucinógenos (6 mil 598).

Se calcula que 8 por ciento de los consumidores de drogas en el último año ha acudido a tratamiento. En el caso de los hombres es 9.3 por ciento y en las mujeres solo 3.9 por ciento. De los que reportaron dependencia el porcentaje es de 20.4. De estos, más de la mitad de los hombres acude a tratamiento residencial o consulta

externa (54.2 por ciento), seguido de estancia en un anexo (53 por ciento) y tratamiento por desintoxicación (51.1 por ciento). En el caso de las mujeres los porcentajes son más bajos: 31.5 por ciento asistió a tratamiento por desintoxicación y 22.9 efectuó una estancia en un anexo y un tratamiento residencial o consulta externa. Tanto en el caso de los consumidores de drogas en el último año como en el de aquellos que presentaron dependencia, sólo una cuarta parte completaron su tratamiento. En ese caso, las opciones más recurrentes son psicólogos, grupos de autoayuda y médicos familiares o generales.

Como se puede observar, un porcentaje muy bajo de los consumidores del último año y de los que presentaron dependencia han acudido a tratamiento. Además, solo una porción de éstos lo completaron.

Tomando en cuenta el estado que guarda la política pública en materia de prevención y atención contra las adicciones, es recomendable:

1. Fortalecer el papel del estado en la materia mediante el aumento de los recursos financieros destinados a las instituciones y programas dedicados a la prevención y tratamiento de las adicciones, así como de su infraestructura física, de recursos humanos y capacidades técnicas.
2. Además de los esfuerzos dirigidos a controlar y reducir la oferta de drogas debe fortalecerse el enfoque dirigido a la reducción de daños y riesgos como parte de una política de atención más integral y flexible. Igualmente, la atención y rehabilitación deberán fundarse en un enfoque de derechos humanos de los consumidores y no sólo de salud pública.
3. La red nacional de tratamiento de adicciones necesita una mayor coordinación y deben fortalecerse algunas tareas de supervisión y registro. Debería contar con un sistema de información único de las acciones que se realizan con las personas que solicitan atención en las diversas instituciones gubernamentales y no gubernamentales. Específicamente, es deseable contar con un sistema único de expedientes que facilite el seguimiento de una atención más personalizada a cada paciente y tener mayores posibilidades de evaluar la efectividad del tratamiento otorgado.

### *El marco jurídico en materia de prevención y atención*

La prevención y tratamiento de las adicciones forma parte del derecho al disfrute de la salud física y mental, que obliga a los estados a tomar medidas para garantizar este derecho y a crear las condiciones para asegurar a toda la población la asistencia y los servicios médicos en caso de enfermedad, todo lo cual está contenido en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

El artículo 4° de la Constitución de los Estados Unidos Mexicanos establece este mismo derecho cuando indica que “toda persona tiene derecho a la protección de la salud”, por lo que “la ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y entidades federativas en materia de salubridad general”.

La Ley General de Salud es el instrumento jurídico reglamentario del Artículo 4° constitucional. En su artículo 1° establece “el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en los términos del artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos”. Además, “establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general”.

En materia de adicciones, la Ley General de Salud contempla el programa contra las adicciones, el alcoholismo y el abuso de bebidas alcohólicas, la farmacodependencia, el control sanitario de productos y servicios y de la importación y exportación de bebidas alcohólicas.

En su Artículo 3°, Fracción XXI, la misma Ley establece como materia de salubridad general “la prevención del consumo de estupefacientes y psicotrópicos y el programa contra la farmacodependencia”. En relación con la distribución de las competencias, el Artículo 13, C, establece que “corresponde a la Federación y a las entidades federativas la prevención del consumo de narcóticos, atención a las adicciones y persecución de los delitos contra la salud”. Asimismo, el Artículo 17, Fracción I, indica que corresponde al Consejo de Salubridad General “dictar medidas contra el alcoholismo, venta y producción de sustancias tóxicas”.

De manera más específica y detallada, el Título Décimo Primero de la mencionada Ley General de Salud establece las disposiciones legales en relación con los Programas contra las Adicciones. Mediante el Artículo 184 Bis se crea el Consejo Nacional Contra las Adicciones que “tendrá por objeto promover y apoyar las acciones de los sectores público, social y privado tendientes a la prevención y combate de los problemas de salud pública causados por las adicciones”.

El Capítulo IV del citado Título Décimo Primero está dedicado al Programa contra la Farmacodependencia. El Artículo 191 establece la coordinación entre la Secretaría de Salud y el Consejo de Salubridad General para la ejecución de dicho programa y se enumeran sus tareas: prevención, tratamiento, rehabilitación, educación sobre los efectos del uso de drogas y sus consecuencias sociales y educación a la familia y a la comunidad para el reconocimiento de la farmacodependencia y la adopción de medidas oportunas. El Artículo 192 indica que corresponde a la Secretaría de Salud la elaboración del programa nacional para la prevención y tratamiento de la farmacodependencia, que se ejecutará en coordinación con dependencias y entidades del sector salud y con los gobiernos de las entidades federativas, y que será

“de observancia obligatoria para los prestadores de servicios de salud del Sistema Nacional de Salud en todo el territorio nacional y en los establecimientos de los sectores público, privado y social que realicen actividades preventivas, de tratamiento y de control de las adicciones y la farmacodependencia”.

En ese tenor, en el mismo Artículo 192 se menciona que los gobiernos de las entidades federativas serán responsables de “proporcionar información y brindar la atención médica y los tratamientos que se requieran a las personas que consuman estupefacientes y psicotrópicos”. Por su parte, el Artículo 192 Ter. señala que se “fortalecerá la responsabilidad del Estado” en las tareas que se desarrollen en torno del mencionado programa nacional, indicando que se debe ofrecer a la población tanto los servicios de prevención y promoción de una vida saludable como “el tratamiento ambulatorio de calidad de la farmacodependencia”.

El Artículo 192 Quáter se refiere más específicamente al tratamiento de la farmacodependencia señalando que “las dependencias y entidades de la administración pública en materia de salubridad general, tanto federales como locales, deberán crear centros especializados en tratamiento, atención, y rehabilitación, con base en sistemas modernos de tratamiento y rehabilitación, fundamentados en el respeto a la integridad y a la libre decisión del farmacodependiente”. Asimismo, este artículo indica la necesidad de “crear un padrón de instituciones y organismos públicos y privados que realicen actividades de prevención, tratamiento, atención y reinserción social en materia de farmacodependencia” y “celebrar convenios de colaboración con instituciones nacionales e internacionales de los sectores social y privado, y con personas físicas que se dediquen a la prevención, tratamiento, atención y reinserción social en materia de farmacodependencia, con el fin de que quienes requieran de asistencia, puedan, conforme a sus necesidades, características, posibilidades económicas, acceder a los servicios que todas estas instituciones o personas físicas ofrecen”.

Finalmente, el Artículo 192 Sextus establece que el proceso de superación de la farmacodependencia debe fomentar la participación comunitaria y familiar; fortalecer la responsabilidad social, la autogestión y el auto cuidado de la salud; reconocer a las comunidades terapéuticas para la rehabilitación; y reconocer la importancia de los diversos grupos de ayuda mutua que ofrecen servicios gratuitos de apoyo.

Por otra parte, la “Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009 para la prevención, tratamiento y control de las adicciones” tiene por objeto “establecer los procedimientos y criterios para la atención integral de las adicciones”. Es de observancia obligatoria “en todo el territorio nacional para los prestadores de servicios de salud del Sistema Nacional de Salud y en los establecimientos de los sectores público, social y privado que realicen actividades preventivas, de tratamiento, rehabilitación y reinserción social, reducción del daño, investigación,

capacitación y enseñanza o de control de las adicciones”. En su apartado 5.2 señala los requerimientos con que deben contar los establecimientos especializados en adicciones que brinden atención residencial en términos de su organización interna, infraestructura, personal y programa de atención.

La Norma también establece que el ingreso a los establecimientos especializados en adicciones podrá ser voluntario, involuntario y obligatorio, mientras que en los grupos de ayuda mutua será voluntario. Igualmente, se indican los procedimientos necesarios para cada tipo de ingreso y los motivos para el egreso. En el Apartado 8 se reglamenta que, “cuando los recursos del establecimiento no permitan la atención del problema del usuario, se deberá remitir a otro establecimiento en el que se asegure su atención”. En el Apartado 9 se define el tratamiento como “el conjunto de estrategias, programas y acciones que tienen por objeto conseguir la abstinencia o, en su caso, la reducción del consumo de las sustancias psicoactivas, reducir los riesgos y daños que implican el uso o abuso de dichas sustancias, abatir los padecimientos asociados al consumo, e incrementar el grado de bienestar físico, mental y social, tanto del que usa, abusa o depende de sustancias psicoactivas, como de su familia”. También se detallan las modalidades de tratamiento (no residencial y residencial) y los requisitos que deberán cubrirse en cada caso.

Adicionalmente, la Norma mencionada establece las directrices para la prevención y reducción de daños, investigación, seguimiento, evaluación, capacitación y enseñanza en materia de adicciones.

En los últimos años, el marco jurídico mexicano en materia de drogas ha incorporado el enfoque de salud pública dirigido a la prevención y reducción del daño asociado al consumo de drogas mediante el tratamiento científico de las adicciones. En ese sentido, se ha buscado fortalecer la responsabilidad del estado en el tratamiento de las adicciones, así como incrementar su capacidad de supervisión, regulación y coordinación con respecto de los actores privados y sociales que participan en esta área de la salud.

Al lado de este enfoque de salud pública, se ha buscado incorporar un enfoque de derechos humanos para evitar los procedimientos que atentan contra la dignidad o la integridad física y mental de los consumidores de drogas, específicamente en el caso de los que han recurrido a un tratamiento ambulatorio o residencial. En este sentido, el usuario debe tener derecho a un trato profesional y digno, a instalaciones y procedimientos adecuados y a mantenerse informado -por sí mismo o mediante sus familiares- acerca de su tratamiento. La idea es reducir la criminalización de los consumidores de drogas y de quienes manifiestan dependencia hacia alguna sustancia, con la finalidad de reincorporarlos a la sociedad.

Al respecto, la experiencia internacional sugiere que el tratamiento para la dependencia de drogas ha demostrado ser eficaz para enfrentar el problema de las

drogas, reducir los daños relacionados con estas sustancias y minimizar los costes sociales y la delincuencia. Desde el punto de vista del gasto público, “existe un claro argumento para abogar por la ampliación de las inversiones en los tratamientos de la dependencia de drogas; una pequeña inversión en tratamiento puede desembocar en importantes ahorros de costes en términos sanitarios, sociales y de delincuencia”.

Por tanto, es posible afirmar que “cada vez son más los gobiernos que reconocen que ofrecer tratamiento a las personas dependientes de drogas representa una estrategia más eficaz que imponer duros castigos”. Asimismo, “estudios realizados en una variedad de entornos sociales, económicos y culturales han confirmado que muchos problemas sanitarios y sociales relacionados con las drogas se podrían abordar de forma costo-efectiva mediante la prestación generalizada de tratamientos para la dependencia de las drogas basados en la evidencia”. Igualmente, las investigaciones realizadas, la experiencia recogida y los instrumentos internacionales de derechos humanos vigentes indican que no se deberían aplicar “regímenes de tratamiento que se basan en la coerción, ya sea para forzar a las personas a aceptar el tratamiento o para obligarlas a cumplirlo cuando ya están en el programa”, ya que en muchas ocasiones incluyen malos tratos, denegación de la atención médica y del tratamiento, y trabajos forzados.

Por tanto, “los enfoques de tratamiento deben respetar los derechos humanos y el principio fundamental de la elección personal a la hora de ingresar o no en un programa de tratamiento, así como de cumplir o continuar con éste”. Esto no sólo por la obligación de respetar las garantías individuales de los sujetos a tratamiento, sino también porque la eficacia del programa es mayor si los sistemas están organizados “de manera que animen a las personas a aceptar el tratamiento, y que tracen reglas y expectativas para el cumplimiento del programa... pero sin incurrir en la coerción abierta o encubierta”. Los sistemas de tratamiento serán ineficaces si no respetan los principios de la libre determinación y la motivación. La eficacia de un sistema de tratamiento también dependerá del mecanismo de identificación de las personas con problemas de adicciones, así como del mecanismo que controle su avance.

### *Las adicciones en los centros de reclusión en México*

Al interior de la población reclusa en los centros penitenciarios existentes en el país, el problema de las adicciones es más grave. De acuerdo con el documento *Un modelo de atención y tratamiento para las personas con farmacodependencia en prisión*, elaborado por la Comisión Nacional de Derechos Humanos en 2018, más del 50 por ciento de la población reclusa presenta problemas de adicción. En el caso de los hombres se trata del 94 por ciento, mientras en las mujeres es de 6 por ciento. La mayoría tiene entre 26 y 45 años; sus delitos, principalmente, son homicidio, robo

agravado con violencia, secuestro o delitos contra la salud. Las sustancias más utilizadas en prisión son mariguana, cocaína, solventes, metanfetaminas, *crystal* y heroína. Una parte considerable las consumía habitualmente antes de ingresar: por ejemplo, en el caso de la mariguana el 76.1 por ciento respondió que la consumía a diario, mientras para la cocaína el porcentaje es de 44.4 por ciento y tratándose de metanfetaminas el consumo consuetudinario fue de 59.6 por ciento. Asimismo, un alto porcentaje (56.6 por ciento) de los reclusos en los centros penitenciarios del país, afirmó haber consumido algunas sustancias en las seis horas anteriores a la comisión del delito por el que se le procesó: se trata, mayoritariamente, de tabaco y alcohol, aunque 34.9 por ciento consumió drogas ilegales como cocaína, mariguana y metanfetaminas.

En el caso específico de la población que se encuentra en los 55 Centros de Tratamiento Interno para Adolescentes que infringen las leyes penales, la Encuesta Nacional de Consumo, Uso y Abuso de Sustancias Psicoactivas en los Centros de Internamiento Especializados para Adolescentes indica que de los 3 mil 180 adolescentes entrevistados solo 81 de ellos (0.6 por ciento) no habían tenido contacto con sustancias psicoactivas, mientras el 98 por ciento había consumido drogas, incluido alcohol y tabaco, previo a su ingreso al centro de tratamiento y 40 por ciento habían cometido el delito por el cual fueron internados, bajo los efectos del alcohol y/o alguna otra droga. La mitad de estos adolescentes inició su consumo de sustancias adictivas cuando tenía 13 años o menos y sus principales drogas de inicio fueron la mariguana, el alcohol, el tabaco y los solventes inhalables. Las de mayor consumo entre los adolescentes reclusos fueron, en orden de importancia, el alcohol, seguido por la mariguana, el tabaco, la cocaína y los solventes inhalables.

De los adolescentes que cometieron algún delito bajo los efectos de alguna droga, se identificó que el alcohol (47.7 por ciento) fue la sustancia más utilizada bajo esta situación, seguida por los inhalables (24.6 por ciento) y la mariguana. Igualmente, en el 5 por ciento de los casos se indicó que cometieron el delito para conseguir alguna sustancia psicoactiva.

Como podemos observar, una porción importante de la población reclusa era consumidora de sustancias adictivas antes de ingresar a los centros de detención. Otro porcentaje menor se hizo consumidora al interior. El encierro genera mayor vulnerabilidad de los individuos hacia las adicciones, aumentando la disposición de quienes ya eran consumidores y propiciando el inicio en el consumo de quienes no lo eran. Esto porque el encierro genera un ambiente propicio porque los internos buscan olvidar los rigores y las dificultades de la prisión o se refugian en las sustancias adictivas ante la frustración, el desánimo, la falta de interés y la pasividad, que son conductas frecuentes entre este tipo de población.

De forma más aguda que en la sociedad en general, el uso y abuso de sustancias adictivas genera problemas de diversa índole al interior de los centros de

internamiento penitenciario. En primer lugar, es un problema de salud por las afectaciones directas sobre el organismo de los consumidores, pero también representa un peligro porque multiplica los riesgos sanitarios asociados con enfermedades infecto-contagiosas como el VIH o las diversas formas de hepatitis, cuyas consecuencias son más graves bajo las condiciones de encierro.

Igualmente, muchos incidentes en prisión están relacionados con el uso de drogas, por ejemplo: automutilación, suicidio, homicidio, riñas, motines, entre otros. La farmacodependencia es así un factor importante en la desestabilización personal y de las instituciones porque altera radicalmente las condiciones de vida de un establecimiento penitenciario y porque afecta o pone en peligro a personas y bienes.

Dada estas consecuencias, es especialmente negativa la escasa información que se tiene respecto del consumo de sustancias adictivas al interior de las prisiones mexicanas. Por ejemplo, es una carencia grave el hecho de que en la mayoría de los casos no se les aplica un examen exhaustivo a los internos para identificar a los consumidores y los tratamientos específicos que se requieren. Eso significa que en muchos centros de detención no hay registros actualizados de la población farmacodependiente, de tal manera que el fenómeno es incierto. Al respecto, se sabe que en 18.46 por ciento de los centros en el país no hay registro de los presos con adicciones. En consecuencia, una tarea indispensable es contar con datos del expediente médico de cada persona privada de su libertad con el fin de identificar correctamente la prevalencia de adicciones y su adecuado tratamiento.

De la misma forma, a pesar de los esfuerzos institucionales desarrollados en torno de la problemática, la evidencia empírica indica que existe un alto número de internos que padecen adicciones y que no tienen acceso a un tratamiento. El Diagnóstico Nacional sobre los Servicios Penitenciarios (DNSP) realizado en 2016 indica que en 30 por ciento de los centros estatales de detención no existe algún programa para la prevención de adicciones y en el 40 por ciento se carece de un programa para la desintoxicación voluntaria. En el caso de los centros federales, de un total de 20 en funcionamiento, en 12 falta un programa para la prevención de adicciones y desintoxicación voluntaria. Igualmente, en los centros municipales no se cuenta con ningún programa de este tipo.

En términos de la población, la información disponible indica que del total de la población femenina recluida en las prisiones mexicanas y que fue identificada como farmacodependiente, el 30.9 por ciento no ha recibido ningún tipo de tratamiento de rehabilitación. En el caso de los hombres se trata del 21.2 por ciento.

En lo que respecta a los Centros de Tratamiento Interno para Adolescentes que infringen las leyes penales, la Comisión Nacional de Derechos Humanos observó la ausencia de programas contra las adicciones y para el tratamiento de desintoxicación en 25 de los 56 existentes.

Esta ausencia de programas adecuados vulnera el derecho a la protección de la salud y dificulta la reintegración social y familiar de los internos, previstos en los artículos 4º, párrafos cuarto y noveno, y 18, párrafo sexto, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, lo mismo que el resto de las disposiciones legales referidas en el apartado anterior. Igualmente, incumple las Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos (Reglas Nelson Mandela), especialmente la número 24 que indica la responsabilidad del Estado en la prestación de servicios médicos a los reclusos, mismos que se brindarán “en estrecha vinculación con la administración del servicio de salud pública general y de un modo tal que se logre la continuidad exterior del tratamiento y la atención, incluso en lo que respecta al VIH, la tuberculosis y otras enfermedades infecciosas, y la drogodependencia”.

Además, la carencia de programas de prevención y tratamiento de las adicciones en los centros penitenciarios desestima la oportunidad de encauzar por un camino saludable a los internos ayudándolos a lograr una rehabilitación y una reinserción adecuada. Esto porque se desaprovechan algunas ventajas terapéuticas como: la contención en el propio centro, el aislamiento del medio habitual y del entorno personal, el alejamiento de posibles hábitos patológicos, el establecimiento de límites, la organización de rutinas diarias, la estabilización de hábitos sanos, el compromiso con responsabilidades, un programa adecuado y el apoyo institucional y de profesionales, factores todos que pueden ayudar a las personas a lograr un progreso en la lucha contra las adicciones. Así, la estancia en prisión puede ser la única oportunidad en su vida para recibir un tratamiento, y atender los problemas físicos y psicológicos generados tras el consumo de drogas.

En resumen, el incremento en la cobertura de los programas de prevención y tratamiento de las adicciones y de desintoxicación voluntaria al interior de los centros de reclusión contribuye al abatimiento de algunos de los problemas más comunes en las prisiones, como la violencia y la diseminación de enfermedades infecto-contagiosas. Asimismo, suma puntos en el proceso de readaptación y reinserción social de los internos, además de garantizar el acceso a la salud al que tienen derecho de acuerdo con las normas nacionales y las recomendaciones internacionales. Finalmente, aprovecha eficazmente las condiciones generadas por el internamiento para atender los problemas de salud física y mental generados por el consumo de sustancias adictivas.

Por todo lo anterior, es indispensable reconocer la obligación del Estado mexicano de atender y tratar a los internos de los centros de reclusión que manifiestan algún tipo de adicción, tal como está consignado en diversas normas nacionales e instrumentos internacionales. Al respecto, es necesario:

1. Crear un sistema de registro actualizado de la población farmacodependiente al interior de los centros de detención y de sus necesidades de tratamiento y desintoxicación.
2. Garantizar la cobertura universal en cuanto a programas de prevención, tratamiento de adicciones y desintoxicación voluntaria al interior de los centros de detención federales, estatales y municipales, con especial atención en el caso de los Centros de Tratamiento Interno para Adolescentes que Infringen las Leyes Penales.

### **PROPUESTA**

Por todo lo anterior, y con fundamento en el Artículo 71, Fracción II, y en los artículos 6, 76, 77, 78 y 102 del Reglamento de la Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, pongo a consideración de esta H. Cámara de Diputados la siguiente

**INICIATIVA CON PROYECTO DE DECRETO QUE ADICIONA UNA FRACCIÓN III AL ARTÍCULO 192 QUÁTER DE LA LEY GENERAL DE SALUD CON LA FINALIDAD DE ESTABLECER UNA RED DE CENTROS PARA LA PREVENCIÓN DE ADICCIONES Y DE DESINTOXICACIÓN VOLUNTARIA AL INTERIOR DE LOS CENTROS PENITENCIARIOS FEDERALES, ESTATALES Y MUNICIPALES.**

**ARTÍCULO UNO.** Se reforma el Artículo 192 Quáter de la Ley General de Salud como a continuación se detalla:

TEXTO VIGENTE	PROPUESTA
<p><b>Artículo 192 Quáter.-</b>            ...  <b>I. ...</b>  <b>II. ...</b></p>	<p><b>Artículo 192 Quáter.-</b>            ...  <b>I. ...</b>  <b>II. ...</b>  <b>III. Garantizar la cobertura universal en cuanto a programas de prevención, tratamiento de adicciones y desintoxicación voluntaria al interior de los centros de detención federales,</b></p>

	<p><b>estatales y municipales, con especial atención en el caso de los Centros de Tratamiento Interno para Adolescentes que infringen las leyes penales. Asimismo, crear un sistema de registro actualizado de la población farmacodependiente y de sus necesidades de tratamiento y desintoxicación, al interior de los centros de detención.</b></p>
--	--

### **TRANSITORIOS**

**Único.** El presente Decreto entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

### **SUSCRIBE**

**Diputada Idalia Reyes Miguel**

Dado en el Salón de Sesiones de la H. Cámara de Diputados el día 13 de julio de 2020.