



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES
CENTRO DE ESTUDIOS SOCIOLÓGICOS

ASPECTOS SOCIALES DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE ADICCIONES EN EL IMSS

TESINA

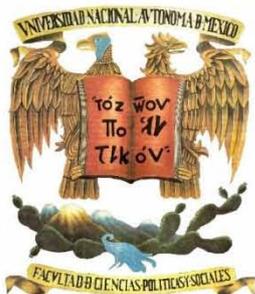
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADA EN SOCIOLOGÍA

PRESENTA

ITZEL RUAN ARANA

DIRECTORA: DRA. NEDELIA ANTIGA TRUJILLO





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

RECONOCIMIENTOS

A mi querida Universidad Nacional Autónoma de México por acogerme en sus instalaciones, por formarme como profesionista comprometida con mi país y mi mundo, por sentar las bases para desempeñarme como socióloga, por enseñar en libertad y por ocuparse siempre en formar mejores seres humanos. Gracias a todos y cada uno de mis profesores que dejaron algo suyo en mí y que con amor, paciencia y libertad supieron transmitirme los conocimientos que consideraron mejores para que yo creciera como socióloga pero sobre todo como ser humano.

A mi querida Facultad de Ciencias Políticas y Sociales por todas las experiencias vividas, por tanto amor a través de mis profesores, amigos y compañeros, por lecciones más que académicas de vida, por su generosidad en conocimiento y por todas y cada una de las facetas que pude vivir dentro de sus instalaciones.

Al Centro de Estudios Sociológicos y al Centro de Educación Continua de la FCPyS que con sus programas de apoyo como el Programa de titulación por tesina me dotaron de las herramientas necesarias para concretar mi titulación.

Al Instituto Mexicano del Seguro Social por ser una institución generosa, por haber disfrutado de un trabajo tan noble y por todos los beneficios no solo económicos sino de espíritu que da a sus trabajadores, por enseñarme la importancia de las instituciones públicas en mi país y todo lo que pueden hacer por los mexicanos.

Al grupo Volver a Vivir por los sueños cumplidos, por la disciplina, el amor, el respeto y el servicio, por enseñarme la importancia de trabajar con los demás y de entregarse en amor, por ser un conducto de luz y por enseñarme que las adicciones se trabajan en los hechos.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco al honorable jurado por el tiempo dedicado a la lectura de este trabajo y por todas las facilidades para que pueda cumplirse mi sueño.

A mi querido maestro el Dr. Raúl Rojas Soriano por sus enseñanzas en las aulas, por su confianza como su ayudante de profesor pero sobre todo por ser desde siempre un ejemplo y autoridad de la sociología, por enseñar con su vida la importancia de ser un hombre integro y por saber transmitir con hechos que la sociología se hace transformando la realidad, comenzando por uno mismo.

A mi querida maestra la Dra. Nedelia Antiga Trujillo por llegar en el momento, con las enseñanzas, las palabras y las actitudes precisas para poder concretar mi titulación, por enseñar la importancia de la sociología objetiva, por toda la paciencia y experiencia compartida con amor adulto, por su ocupación constante y por verme como un ser humano antes que como una alumna.

A la Dra. Rosa María Lince Campillo, por el tiempo a la lectura de este trabajo y por sus valiosas correcciones, por todas las facilidades y por su profesionalismo.

Al Mtro. Carlos Bravo Vázquez por la generosidad de sus observaciones y su conocimiento compartido, por la amabilidad y facilidades que me llenaron de confianza, gracias por hacer fácil el camino.

A la Mtra. Valentina Lloret Sandoval por hacerme crecer en el conocimiento de las políticas públicas y la política social, por enseñarme la importancia de la tenacidad y la paciencia.

Gracias a mi querida maestra la Dra. Dolores Muñozcano Skidmore por todo su apoyo, paciencia, confianza y enseñanzas, por su integridad como docente y como ser humano, por ser un ejemplo llevando la sociología y los derechos humanos a todas las esferas que puede, gracias por enseñarme el valor de la disciplina y por ser una pieza clave para este logro.

Al Dr. Roberto Karam Araujo por su confianza y apoyo para el desarrollo de esta tesina, por las facilidades al proporcionar información y sus conocimientos sobre el Programa de Prevención y Control de Adicciones, por su profesionalismo y calidad como ser humano.

Gracias a José Luis Patiño Rojas por llegar en el momento indicado, por no escatimar nunca la ayuda y el apoyo, por impulsarme a lograr mis objetivos, por su ocupación constante, por ser generoso en palabras y hechos, por compartir los entendimientos que me hacen crecer, por creer en mi, por enseñarme a ver hacia arriba y por ayudar a cumplir los sueños.

Gracias a Ángel Torres Gómez por tener siempre la palabra precisa y objetiva que me llena de tranquilidad, por escuchar, explicar y enseñar con hechos el amor adulto. A Teresa Calderón por su apoyo y amistad.

Gracias a Ángel Montiel Montiel por su apoyo, su paciencia, por compartir experiencias y por darme lo mejor de él para concluir mi tesina.

A Daniel Mejía Vela por ser mis ojos, por su desvelo y compromiso, por su confianza, por su cariño, su entereza, integridad y por volver disfrutables los proyectos.

A Diana Cárdelas Torres por poner vida, luz y amor a los números, por su cariño, confianza y palabras.

A Omar Valle Beltrán por ser un gran amigo y un gran ser humano, por traducir las señales, por su paciencia, por el entendimiento compartido, por ser compañero del camino y un equilibrio para que las cosas funcionen, por todas las palabras y hechos de aliento que hacen de la vida algo más fácil.

Gracias a todos y cada uno de los miembros del grupo Alateen Volver a Vivir por su confianza, por su dedicación, por ser mis maestros, por darme su respeto y apoyo, por su alegría de vivir, por su cariño y frescura, por darme nuevos sueños, esperanzas y por renovar mi fe a cada momento, gracias por enseñarme que el trabajo espiritual solo es si se hace con y por otros aunque siempre empiece por mi.

DEDICATORIAS

Gracias por mi vida, por todos mis éxitos y por la conclusión de este trabajo a Dios, gracias por mi familia, por inspirarme en todo momento, por permitirme estudiar y terminar mi carrera, gracias por poner en mi corazón el deseo de ser socióloga y la oportunidad de estudiar en la UNAM, gracias por todas las oportunidades en mi vida, por mi trabajo en el IMSS, por mi grupo, por mis compañeros y por la gente con la que me haz permitido aprender y crecer, gracias por tu confianza al permitirme trabajar en los hechos contra las adicciones y por las vidas que haz salvado, sobre todo gracias por el amor depositado en mi corazón por la vida.

Dedico este y todos mis éxitos a la persona más amada y admirada en mi vida: gracias a mi Madre, por ser siempre un ejemplo de amor, paciencia, entrega y apoyo, por su tenacidad y fortaleza, gracias por tanto amor, por tu trabajo para darme estudios y todo lo necesario, gracias por ser un gran ejemplo, por impulsarme siempre a ser mejor, por tu ocupación constante en mi vida, eres una maravillosa compañera de vida, te amo.

A mi Padre por las enseñanzas sobre la vida, por los buenos momentos, por los buenos recuerdos, por el amor demostrado y por hacerme saber siempre lo que era para ti y que creías en mí.

Dedico este trabajo a mis compañeros de vida, gracias por su apoyo en todo momento, por crecer y aprender juntos, por compartir los lados buenos y malos de la vida, por cuidarme a pesar de ser más pequeños, por provocarme siempre una sonrisa, por su compañía cuando más los he necesitado, Carlos Xavier y Luis Ruan los amo con todo mi corazón.

Dedico mis resultados positivos a los ejemplos de mi abuelos Miguel Arana y Enriqueta Miraval, a mi tía Eugenia Arana por tanto amor y apoyo a lo largo de toda mi vida, por su comprensión, ejemplos y cuidados; a mi tía Emma Arana por ser siempre leal y cariñosa con los que ama, por su entrega a la vida y su apoyo incondicional, a Laura Arana por su cariño y apoyo, gracias a todos y cada uno de mis tíos de la familia Arana Miraval por sus ejemplos y por su amor.

Gracias a Sonia Vega, a Verónica Pinto, a Marisol Vega, a Julieta Ruíz, a Cecilia Salas, a Micaela Lemus, a Sonia Ruan y a Amparo Magaña por sus palabras y actos de apoyo en mi caminar, las quiero mucho. Gracias a mis amigos: Diego, Rax, Liz, Ciro, Ernesto, Madai, Amor, Marco, Aarón, Aurora y Gabriel, por tantos momentos, risas y sonrisas que alegraron mi camino.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO 1. EL ESTADO DE BIENESTAR, POLITICAS SOCIALES DEL ESTADO BENEFACTOR Y LA SEGURIDAD SOCIAL EN MÉXICO.

	Pág.
1.1 La teoría del Estado de Max Weber y la de Bienestar de Amartya Sen, evolución del Estado de Bienestar en el mundo.	1
1.2 Desarrollo histórico de las políticas públicas y sociales del Estado Benefactor en México.	18
1.3 La Seguridad Social en México y las Prestaciones Sociales en el Instituto Mexicano del Seguro Social: Esencia y Servicios.	46
1.3.1 Marco Normativo de los servicios de Prestaciones Sociales.	48
1.3.2 Esencia y servicios de las prestaciones sociales en el IMSS.	56

CAPÍTULO 2. LAS ADICCIONES COMO UN PROBLEMA SOCIAL Y DE SALUD PÚBLICA EN MÉXICO.

2.1 Las adicciones al Tabaco, Alcohol y Sustancias psicoactivas, daños sociales y en la salud.	62
2.1.1 La adicción a sustancias, un problema de salud pública.	65
2.1.2 Daños sociales y en la salud por el uso de drogas.	70
2.2 Panorama de las adicciones en el continente Americano y en México.	74
2.2.1 Informe del Uso de Drogas en las Américas (Organización de Estados Americanos, 2011)	74
2.2.2 La Situación Nacional sobre el uso de drogas: Encuesta Nacional de Adicciones (2008)	91

	Pág.
2.3 La Prevención: Una solución sociológica al problema de las adicciones. Las aportaciones de Prestaciones Sociales.	100
CAPÍTULO 3. ASPECTOS SOCIALES DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE ADICCIONES DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.	
3.1 Objetivos y operación del Programa de Prevención y control de adicciones del IMSS.	108
3.2 Aspectos Sociales del Programa de Prevención y Control de Adicciones.	115
3.3 Convenios Interinstitucionales del Programa de Prevención y Control de Adicciones.	119
3.3.1 Convenio IMSS – Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos.	120
3.3.2 Convenio IMSS – Centros de Integración Juvenil	123
3.3.3 Convenio IMSS – Centro Nacional para la Prevención y Control de las Adicciones (CENADIC) – Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF).	125
3.4 Análisis cuantitativo de resultados del Programa en el Sistema Gerencial del IMSS durante el año 2011.	127
3.5 Propuesta de aspectos sociales a incorporar en el Programa derivado del análisis cuantitativo de resultados.	142
CONCLUSIONES	149
FUENTES CONSULTADAS	160

INTRODUCCIÓN

Actualmente en México las adicciones al tabaco, al alcohol y a las sustancias psicoactivas representan un problema de salud pública, la Encuesta Nacional de Adicciones del 2008¹ reporta que cerca de 13 millones de mexicanos ha fumado más de 100 cigarros en su vida, así como que 4 millones han abusado del alcohol y son dependientes a él.

De acuerdo a la misma fuente la incidencia acumulada² del uso de drogas entre la población de entre 12 y 65 años es del 5.7 %, y hay 428,819 mexicanos detectados que son dependientes a sustancias psicoactivas. La edad de consumo de drogas ha ido disminuyendo en los últimos años, el consumo de sustancias psicoactivas en las mujeres se duplicó en una proporción de tres hombres por cada mujer, siendo la marihuana la droga que más se consume.³

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) es la Institución que administra la Seguridad Social en México, el Seguro Social comprende el régimen obligatorio y el régimen voluntario; el primero abarca 5 seguros uno de ellos es el Seguro de Prestaciones Sociales, cuya esencia es la prevención de enfermedades, adicciones y accidentes así como el fomento y autocuidado de la salud.

¹ En el momento en el que se realizó esta tesina, la ENA 2008 era la última versión disponible. En el año 2012 se publicó la Sexta Encuesta Nacional de Adicciones en la que los indicadores que se reportan difieren de los publicados en la ENA 2008 “ya que se realizó una corrección al identificarse un sesgo ocasionado por fallas durante el operativo de campo de la ENA 2008”, sin embargo todos los análisis se realizaron considerando los resultados de la ENA 2008 y este trabajo no fue modificado con los resultados de la ENA 2011, aclaración [en línea], Dirección URL: http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ENA_2011_TABACO.pdf. [consulta: 15 de Julio 2013].

² Total de población que ha utilizado drogas ilegales, medicamentos o inhalables con potencial adictivo, fuera de prescripción médica. Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, *Encuesta Nacional de Adicciones 2008*, [en línea], 173 pp., México, Instituto Nacional de Salud Pública, 2008, Dirección URL: http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ena08/ENA08_NACIONAL.pdf, [consulta: 13 de Marzo de 2012].

³ Secretaría de Salud, *et. al., op. cit.*, p.52.

Los servicios de Prestaciones Sociales son administrados por la Coordinación de Prestaciones Sociales (CPS) que a través de la División de Bienestar Social (DBS) desarrolla el Programa de Prevención y Control de Adicciones (PPCA) mismo que se deriva a las 35 Delegaciones⁴ de la República y tiene por objetivo informar a los usuarios de las Unidades Operativas de Prestaciones Sociales Institucionales (UOPSI) y en particular a los usuarios de los 115 Centros de Seguridad Social (CSS) establecidos en todo el país, sobre los riesgos y las problemáticas que se derivan de una adicción al tabaco, alcohol o a sustancias psicoactivas.

El Programa contempla campañas y talleres especializados sobre el tema, así como la canalización de los usuarios en riesgo o con alguna adicción al tabaco, alcohol o sustancias psicoactivas a grupos especiales de apoyo, en el caso de la adicción al alcohol a grupos de Alcohólicos Anónimos (AA), y en el caso de adicción a sustancias psicoactivas a los Centros de Integración Juvenil (CIJ) y los Centros Nueva Vida (CNV) dependientes del Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones (CENADIC), en dichas instituciones la canalización por alcohol y sustancias no está tan diferenciada ya que por ejemplo AA puede también trabajar con personas adictas a drogas, así como CIJ y CENADIC atienden a personas adictas al alcohol.

Para mejorar la intervención positiva del PPCA en el problema de adicciones en el país, es necesario definir y analizar sus aspectos sociales, realizar un estudio cuantitativo del cumplimiento de sus objetivos a través de revisar los resultados de la productividad del Programa en el Sistema de Información de Prestaciones Sociales Institucionales (SIPSI) y en particular, los datos proporcionados por el Sistema Gerencial (SG), así

⁴ Las Delegaciones son las Unidades administrativas en las que el IMSS se divide en todo el país para gestionar los servicios del Seguro Social; en términos generales a cada Estado le corresponde una Delegación pero en Estados que son grandes o complejos hay 2 Delegaciones para una administración más eficaz como ocurre en los Estados del Distrito Federal, donde están las Delegaciones DF Norte y DF Sur, el Estado de México donde está la Delegación Edo. de México Oriente y Edo. de México Poniente y el Estado de Veracruz donde se divide en Veracruz Norte y Veracruz Sur.

como detectar la importancia actual de los aspectos sociales en el programa y la manera de reforzarlos o ampliarlos con el objetivo de que se mejoren sus intervenciones y resultados.

El problema de las adicciones en la sociedad mexicana ha derivado en múltiples complicaciones sociales como la deserción escolar, accidentes de trabajo y ausentismo laboral, desintegración familiar, que a su vez resulta en una descomposición social, el aumento de la delincuencia y la participación de niños, adolescentes y jóvenes en actividades delictivas como el narcotráfico.

Desde el año 2006 el homicidio de jóvenes menores de 17 años se triplicó anualmente en los estados de Durango, Baja California, Chihuahua y Sinaloa. La política de combate a las drogas ha puesto énfasis en una intervención cada vez mayor de las fuerzas armadas, deponiendo cuestiones como el desarrollo social, económico y la prevención. No se ha cumplido con el cometido de reducir la violencia y las adicciones en el país, sostienen los investigadores Aram Barra y Daniel Joloy, en el trabajo denominado *Los niños, las víctimas olvidadas de la guerra contra las drogas*.⁵

De forma paralela ha habido un aumento considerable del número de niños, adolescentes y jóvenes que se han integrado a las actividades propias y derivadas del narcotráfico, llegando a 30, 000 niños y niñas que cooperan con los grupos criminales de varias formas y están involucrados en la comisión de unos 22 tipos de delitos tales como tráfico de drogas, secuestro, extorsiones, contrabando, piratería, corrupción, entre otros.⁶

⁵ Jesús Aranda, "En el abandono, niños afectados por la 'guerra' contra el narco: investigadores", periódico *La Jornada*, año 28, núm. 9766, sección "Política", México, martes 18 octubre, 2011, p. 13.

⁶ Valeria Geremia, *infancia y conflicto armado en México, Informe Alternativo sobre el protocolo facultativo de la Convención sobre los Derechos del Niño relativo a la participación de niños en los conflictos armados*, [en línea], 46 pp., México, Red por los Derechos de la Infancia en México, Derechos Infancia México AC, Enero 2011, Dirección URL: <http://www.derechosinfancia.org.mx/iaespanol.pdf>, [consulta: 15 de Marzo de 2012]. p. 25.

Lo anterior con graves consecuencias sociales; las adicciones son en la mayoría de las ocasiones la puerta de entrada a dichas actividades delictivas y son en contraparte y complemento la causa de éstas por lo que en la prevención se encuentra una parte importante de la solución al problema.

Las adicciones han sido estudiadas desde disciplinas como la medicina, la psicología, la psiquiatría y el derecho, entre otras. Y desde la perspectiva social por disciplinas como el Trabajo Social, aunque se han realizado estudios sociológicos sobre las adicciones, la problemática se ha exacerbado, de forma simultánea la realidad social mexicana ha sufrido transformaciones que precisan ser consideradas en el estudio del problema, por lo que es necesario continuar con el análisis sociológico de las adicciones y generar una reflexión teórica sobre los aspectos sociales de los Programas de Prevención que contribuya a la eficacia de los mismos.

En la administración pública del sector salud hay Instituciones que se ocupan de coadyuvar a la atención de las adicciones; los principios y funciones de las Prestaciones Sociales del IMSS ponen énfasis en la prevención y debido a la amplia cobertura que estos servicios tienen en la población mexicana y a que forman parte de las políticas públicas y sociales del Instituto, el estudio que resulte en una mejora de este programa, incidiría en la reducción de adicciones al tabaco, alcohol y sustancias psicoactivas en la sociedad mexicana, principalmente en los niños, jóvenes y adolescentes.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), la adicción es una enfermedad, y un estado físico, mental y social que se caracteriza por un deseo de recurrir a determinadas sustancias, de modo continuo o periódico.⁷

⁷ Roberto Karam Araujo, "Prevención de Adicciones, Talleres de Actualización de Prestaciones Sociales", documento de trabajo, México, IMSS, División de Bienestar Social. 2010. p. 2.

El PPCA se centra en la prevención y control del tabaquismo, alcoholismo y adicción a sustancias psicoactivas, la prevención del tabaquismo es la adicción que se trabaja con mayor profundidad en conjunto con el área médica, en el caso de las acciones para la prevención y control del alcoholismo y drogadicción, se cuenta con Reportes Delegacionales de 2011 de algunas Delegaciones, además de los reportes anuales cuantitativos de la productividad del programa en el SG del SIPSI, el análisis de resultados para esta Tesina es del año 2011 y sólo considera los datos cuantitativos del Sistema Gerencial.

Para obtener el estado histórico de la cuestión sobre el problema de las adicciones en México, se revisaron estudios, encuestas e informes de carácter internacional y nacional, especializados en el tema.

Los aspectos sociales en los Programas de la Coordinación de Prestaciones Sociales del IMSS, tienen una jerarquía menor en su diseño, implementación operativa y seguimiento de productividad en el SG; lo anterior no potencializa sus posibilidades de éxito para cumplir con el objetivo de las Prestaciones Sociales del Sistema de Seguridad Social del IMSS: la disminución de enfermedades, accidentes y adicciones en la población mexicana.

En este trabajo se maneja la siguiente pregunta de investigación:

¿Por qué es necesario incluir aspectos sociales en el Programa de Prevención y Control de Adicciones del IMSS para una mayor aportación en la solución del problema de las adicciones al tabaco, alcohol y sustancias psicoactivas en la sociedad mexicana?

El Campo de estudio seleccionado se ubica en los Centros de Seguridad Social⁸ (CSS) de Prestaciones Sociales del IMSS, distribuidos en toda la República Mexicana.

Objetivo:

Describir los aspectos sociales del Programa de Prevención y Control de Adicciones de la Coordinación de Prestaciones Sociales del IMSS y sus resultados durante el año 2011.

La Metodología General de la Investigación es documental, haciendo una revisión bibliográfica y de diversas fuentes confiables para estructurar el marco teórico y conceptual, se recurrió a investigaciones recientes sobre el problema de las adicciones y la prevención, se realizó una revisión de la Ley del Seguro Social y de los documentos normativos que rigen a las Prestaciones Sociales del IMSS y se recurrió a los análisis cuantitativos oficiales de la Coordinación de Prestaciones Sociales del Sistema Gerencial del SIPSI para realizar el análisis cuantitativo de resultados, ello considerando la experiencia práctica profesional.

Hipótesis:

Si los aspectos sociales del Programa de Prevención y Control de Adicciones de la Coordinación de Prestaciones Sociales del IMSS tienen un lugar secundario en el mismo programa, entonces, para actualizarlo e incrementar su eficacia, probablemente sea necesario darle mayor proyección a los factores sociales para que se alcancen plenamente los objetivos del programa referido.

⁸ Para los fines de esta tesina se toma el número de 115 Centros de Seguridad Social (CSS) en toda la República Mexicana.

Variables:

Variable Independiente

Darle mayor proyección a los aspectos sociales del Programa de Prevención y Control de Adicciones de la Coordinación de Prestaciones Sociales del IMSS.

Variable Dependiente

Alcanzar los objetivos del citado Programa de Prevención y Control de Adicciones.

El capítulo 1 titulado “El Estado de Bienestar, Políticas sociales del Estado Benefactor y la Seguridad Social en México” desarrolla el marco teórico y conceptual del trabajo, en él, se analizan las concepciones de Estado en Max Weber, el concepto de Bienestar Social de Amartya Sen así como el desarrollo del Estado de bienestar en el mundo. En el apartado 1.2 se conceptualiza lo que son las políticas públicas y sociales y se realiza un desarrollo histórico de las mismas en el Estado Benefactor mexicano hasta llegar al sistema neoliberal mexicano, y en el apartado 1.3 se realiza una revisión sobre el surgimiento de la Seguridad Social en nuestro país y su materialización en la creación del Instituto Mexicano del Seguro Social, por ultimo en el apartado 1.3 se describe el desenvolvimiento actual de las Prestaciones Sociales en el IMSS, su esencia y servicios con la finalidad de mejorar el nivel de vida y bienestar social de los mexicanos.

El segundo capítulo denominado “Las adicciones como un problema social y de salud pública en México” define las adicciones al tabaco, alcohol y sustancias psicoactivas como un problema social y de salud pública en nuestro país, del mismo modo se realiza un análisis de la situación de las adicciones en el continente Americano con el “Informe del Uso de Drogas en las Américas” publicado por la Organización de Estados Americanos en el año 2011, así como una revisión de la Encuesta Nacional de Adicciones

del año 2008; en el apartado 2.3 se hace una revisión del concepto de Prevención como una solución sociológica al problema de las Adicciones esbozado en este capítulo y por último se enlaza ésta con el principio preventivo de enfermedades, adicciones y accidentes de las políticas de Prestaciones Sociales del IMSS.

El tercer y último capítulo que lleva por título “Aspectos Sociales del Programa de Prevención y Control de Adicciones del IMSS” analiza la estructura y estrategias del PPCA, considerando los convenios interinstitucionales de vinculación para su operación y sus aspectos sociales actuales. Se realiza también un análisis cuantitativo de los resultados del Programa en el año 2011, a partir de los que se hace una propuesta de Aspectos Sociales a considerar e incorporar en el Programa con la finalidad de mejorar el impacto que el mismo tiene en la prevención de adicciones en la sociedad, contribuyendo a que se cumpla a elevar los niveles de vida y el bienestar social de las personas en riesgo de adquirir alguna adicción, coadyuvando a la misión y objetivos de las Prestaciones Sociales del IMSS.

CAPÍTULO 1. EL ESTADO DE BIENESTAR, POLITICAS SOCIALES DEL ESTADO BENEFACTOR Y LA SEGURIDAD SOCIAL EN MÉXICO.

1.1 La teoría del Estado de Max Weber y la de Bienestar de Amartya Sen, evolución del Estado de Bienestar en el mundo.

"El político debe tener: amor apasionado por su causa; ética de su responsabilidad; medida en sus actuaciones".
Max Weber

El sociólogo alemán Max Weber en su cátedra de Economía Política de la Universidad de Friburgo pronunciada y publicada en 1895 y específicamente en su "Lección Inaugural" explica los orígenes del Estado:

"El Estado racional, el único en el que puede prosperar el capitalismo moderno. Se funda en la burocracia profesional y en el derecho racional. (...) El derecho racional del moderno Estado occidental, según el cual decide el funcionario de formación profesional, proviene en su aspecto formal, del derecho romano".¹

Max Weber afirma que el modelo económico capitalista no podría prosperar sin el Estado; el capital como el "conjunto de bienes que un sujeto individual o colectivo posee"² es fundamental en el Capitalismo, que busca la acumulación de capital, de acuerdo al pensamiento de Stevens L. Taylor en este modelo "las naciones capitalistas dependen de las decisiones libres tomadas por los agentes privados (tanto ciudadanos como grandes empresas) para distribuir los recursos de una Nación. El capitalismo es un ideal y a su vez un conjunto de instituciones y empresas del mundo real que se acercan considerablemente a dicho ideal (...) Aunque los economistas hablan de mercado libre, todas las naciones del mundo han

¹ Max Weber, *Economía y sociedad*, México D.F., Ed. Fondo de Cultura Económica, 1984, Segunda edición en español, séptima reimpresión, p. 1048.

² Luciano Gallino, *Diccionario de Sociología*, México D.F., Ed. Siglo XXI, 2001, Segunda edición en español, p. 99.

optado por una importante intervención del gobierno en sus economías: impuestos, bienestar social y regulaciones económicas”.³

Así que aunque en el mundo actual el sistema económico capitalista rige la mayoría de las economías estatales, casi todos los Estados tienen una importante injerencia en la regulación de las políticas públicas.

El economista escocés Adam Smith (1729-1790) considerado el padre del mercado libre⁴, es quien utiliza por primera vez el término mercantilismo para definir un modelo opuesto al libre mercado en el que se vincula el capitalismo con el poder estatal, una definición más completa al respecto es la siguiente:

“El mercantilismo se refiere a las ideas y prácticas económicas predominantes en Europa, entre los siglos XVI y XVIII, que enfatizaron el papel proteccionista del gobierno a la hora de construir un Estado potente (...) El mercantilismo enfatizaba la protección del Estado y las regulaciones gubernamentales, así es que es durante su apogeo que nace el Estado de Bienestar”.⁵

Para Max Weber, el mercantilismo es el primer síntoma de una política económica *principesca* racional que aparece durante el siglo XIV en Inglaterra. Lo que significa “el paso de la empresa capitalista de utilidades a la política. El Estado es tratado como si constara única y exclusivamente de

³ Stevens L. Taylor, *Guía Breve. 50 Teorías Políticas, Apasionantes y Significativas*, China, Editorial Blume, 2011, 1ª edición en la lengua española, p.118.

⁴ “Mercado libre: Economía de mercado en la que no hay intervención del gobierno en forma de regulaciones o subvenciones. El precio se regula exclusivamente en función del precio y la demanda”. Stevens L. Taylor. *op. cit.*, p.117.

⁵ Stevens L. Taylor, *op. cit.*, p.126.

empresas capitalistas; la política económica exterior descansa en el principio dirigido a ganar la mayor ventaja posible al adversario: a comprar lo más barato posible y a vender a precios mucho más caros.

El objetivo consiste en reforzar el poder de la dirección del Estado hacia fuera. Mercantilismo significa, pues, formación moderna de poder estatal, directamente mediante aumento de los ingresos del príncipe, e indirectamente mediante aumento de la fuerza impositiva de la población.”⁶

El mercantilismo significa para Weber la transformación de la empresa capitalista a la política, entendiendo como política la “aspiración a la participación en el poder, o a la influencia sobre la distribución del poder, ya sea entre Estados o, en el interior de un Estado (...) El que hace política aspira a poder: poder, ya sea como medio al servicio de otros fines -ideales o egoístas-, o poder ‘por el poder mismo’, o sea para gozar del sentimiento de prestigio que confiere”.⁷

A través del modelo mercantilista se afirmaron las bases para el nacimiento y desarrollo del Estado como parte de una política económica, y “una política económica estatal digna de este nombre, o sea una política continuada y consecuente, sólo se origina en la época moderna. El primer sistema que produce es el llamado mercantilismo. Anteriormente al mismo, sin embargo, había por doquier dos cosas: política fiscal y política del bienestar, en el sentido, esta última, del aseguramiento de la cantidad usual de alimentos”.⁸

⁶ Max Weber, *op. cit.*, p. 1053.

⁷ Max Weber, *op. cit.*, 1056-1057.

⁸ Max Weber, *op. cit.*, p. 1050.

En la aseveración anterior, Weber comienza a delinear lo que es el Estado de Bienestar que tenía por objetivo asegurar la alimentación de la población, más tarde, el concepto de Bienestar se fue ampliando a la mayoría de las esferas del individuo y las sociedades, aspectos como la salud, la vivienda, la educación, entre otros, eran materia de las políticas del Estado de Bienestar.

Weber en *Politik als Beruf* (“La política como profesión”) de *Ges. Politische Schriften* (“Obras políticas reunidas”) y en el apartado “El Estado racional como asociación de dominio institucional con el monopolio del poder legítimo” escribe: “Desde el punto de vista de la consideración sociológica, una asociación ‘política’ y en particular un ‘Estado’ no se pueden definir por el contenido de lo que hacen (...) Antes bien, sociológicamente el Estado moderno sólo puede definirse en última instancia a partir de un *medio* específico que, lo mismo que a toda asociación política, le es propio, a saber: el de la coacción física (...) la coacción no es en modo alguno el medio normal o único del Estado, pero sí su medio específico (...) el Estado es aquella comunidad humana, que en el interior de un determinado territorio reclama para sí (con éxito) el monopolio de la coacción física legítima. (...) Éste se considera, pues, como fuente única de ‘derecho’ de coacción”.⁹

En el mismo sentido para Weber, el Estado es una asociación política en la que la “relación de *dominio* de hombres sobre hombres” se basa en el medio de la coacción legítima. Por lo cual para que permanezca, es necesario que los hombres dominados se sometan a la autoridad de los que dominan. El cómo, cuándo y por qué se sometan sólo es comprensible por los “motivos internos de justificación y los medios externos en los que la dominación se apoya”.¹⁰

⁹ Max Weber, *op. cit.*, p. 1056.

¹⁰ Max Weber, *op. cit.*, p. 1057.

En el Estado moderno se han desligado, el cuerpo administrativo (que comprende a los funcionarios y los trabajadores administrativos) de los medios materiales de administración.

“El Estado moderno es una asociación de dominio de tipo institucional, que en el interior de un territorio ha tratado con éxito de monopolizar la coacción física legítima como instrumento de dominio, y reúne a dicho objeto los medios materiales de explotación en manos de sus directores pero habiendo expropiado para ello a todos los funcionarios de clase autónomos, que anteriormente disponían de aquéllos por derecho propio, y colocándose a sí mismo, en lugar de ellos, en la cima suprema”.¹¹

De acuerdo a lo que Weber plantea en el apartado “La empresa estatal de dominio como administración. Dirección política y burocracia” El verdadero dominio del Estado moderno está en el manejo diario de la administración a manos de la burocracia, militar y civil, siendo ésta en el sentido estricto del término y literal el: “gobierno por parte de una oficina”, la burocracia tiene las siguientes particularidades: es una jerarquía de autoridad estable y bien reconocida, la que se hace visible por símbolos apropiados, hay una división del trabajo en funciones y tareas, mismas que se desarrollan por personal calificado, quienes emplean constantemente procesos formales, la autoridad siempre es limitada ya que todo superior es también un subordinado y las compensaciones cambian de acuerdo a la posición y son fijas.¹²

La burocracia es entonces el aparato fundamental que administra el Estado y se compone de funcionarios especializados: “El funcionario burocrático, basado en el empleo, en sueldo, pensión y ascenso, en la preparación

¹¹ Max Weber, *op. cit.*, p. 1060.

¹² Véase Luciano Gallino, *op.cit.*, pp. 81- 83.

profesional y la división del trabajo, en competencias fijas, en el formalismo documental y en la subordinación y la superioridad jerárquica, la escala igualmente unívoca de la modernización del Estado, tanto del monárquico como del democrático (...) Funcionarios a sueldo deciden acerca de las necesidades y las quejas de cada día”.¹³

El otro concepto que nos ocupa en la construcción del marco teórico de este trabajo, es el del Estado de Bienestar; para Max Weber el Estado Benefactor es parte de una economía política, “según la concepción vulgar, la política económica es una búsqueda de recetas para hacer felices a los hombres, Según tal concepto, el mejoramiento del ‘balance de los placeres’ en la existencia humana sería la única meta concebible de nuestro trabajo. Sin embargo, ya la triste realidad del problema de la población nos impide ser eudemonistas¹⁴, ilusionarnos acerca de que la paz y la felicidad humanas estén encerradas en el seno del futuro y creer que el espacio en que existe libertad de movimiento pueda ser adquirido sin una dura lucha del hombre contra el hombre”.¹⁵

De acuerdo con lo planteado por Weber la economía política está conformada por los siguientes criterios fundamentales: el problema técnico-económico de la producción de bienes, el problema de su distribución y el de la ‘equidad social’. Para el autor, es de mayor importancia que estos, la calidad con la que los hombres son formados y alimentados por las condiciones económicas y sociales de vida.

¹³ Max Weber, *op. cit.*, p. 1060.

¹⁴ Eudemonía: Estado de satisfacción debido generalmente a la situación de uno mismo en la vida. Real Academia Española, *Diccionario de la Lengua Española*, [en línea], vigésima segunda edición, 1 de Junio 2012, Dirección URL: <http://www.wordreference.com/es/en/frames.asp?es=eudemonia>).

¹⁵ Guillermo J. R. Garduño Valero. y Gilberto Silva Ruiz (Compiladores), *Antología Teoría Sociológica Clásica, Max Weber*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, 1998, Primera edición, p. 408.

En la actualidad existen los derechos humanos que intentan generar condiciones económicas y sociales de igualdad en búsqueda de lo que Max Weber conceptualizó como equidad social, como un breve esbozo de lo que son los derechos humanos recurriré al trabajo de tesis de licenciatura del sociólogo Roman García Chávez que retoma a autores como T.H. Marshall y Tom Bottomore en la obra “Ciudadanía y clase social” en la que se define ciudadanía como un estatus al que debieran tener acceso todos los miembros de una sociedad, la ciudadanía comprende el ejercicio de los derechos humanos, civiles, políticos y sociales, estos últimos tienen el objetivo de generar una mayor igualdad entre los miembros de una sociedad a través del subsidio del Estado a los menos favorecidos, esta aspiración forma parte de la estructura de la seguridad social actual.

De acuerdo con los mencionados autores, en la realidad los derechos sociales a los que, en el discurso, toda la población debiera tener acceso no son del todo universales ya que dependen directamente de cuestiones como: el tipo de modelo del capitalismo, el tipo de régimen del Estado de Bienestar, el grado de desarrollo económico y social, así como del de los derechos civiles, políticos y sociales en cada caso (nación)¹⁶; de acuerdo con esta concepción la razón de ser del Estado es la preservación de los derechos humanos y de los derechos de la vida, la salud, la educación y otros.

¹⁶ Leandro Román García Chávez, *Los sistemas de pensiones en México. Las reformas a los sistemas públicos de pensiones, el caso del IMSS y el ISSSTE, el nuevo Sistema de Ahorro para el Retiro (SAR) y las alternativas de universalidad para los adultos mayores*. México, TESIUNAM Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, 2008. pp. 6-7.

La privación no radica en lo que la gente no posea, sino en aquello que les incapacita para poseer, los logros favorables de las personas son las oportunidades económicas, las libertades políticas, condiciones sociales, buena salud y educación que se pongan a su disposición”
Amartya Sen

El economista bengalí Amartya Kumar Sen (1933-) desarrolla su teoría del bienestar en el libro *Bienestar, Justicia y Mercado* y en el capítulo “El Bienestar y la libertad”, hace planteamientos sobre el ‘ser agente de una persona’ refiriéndose a la vida propia del individuo, la utilidad del bienestar, las valoraciones morales y la felicidad: “Es difícil evitar la conclusión de que aunque la felicidad es importante de un modo obvio y directo para el bienestar, es insuficiente como modo de representar el bienestar”¹⁷, del mismo modo refiere en una nota a pie a Ted Honderich quien afirma: “El bienestar y el malestar se han de entender como dos tipos de experiencia humana, aquella en que los deseos se ven satisfechos y aquella en que los deseos se ven frustrados”.¹⁸

Sin embargo para Sen el bienestar es una construcción mucho más compleja que depende de que armonicen varios elementos: “tener bienestar no es algo externo sobre lo que se tiene capacidad de disposición, sino algo interno que se consigue: ¿qué tipo de vida se lleva?, ¿qué éxito se tiene en términos de actuar y vivir? Tener una ‘buena’ posición puede contribuir -si se dan otras cosas- a tener ‘bienestar’, pero esto último posee una calidad distintivamente personal que está ausente en lo primero”.¹⁹

¹⁷ Amartya Kumar Sen, *Bienestar, Justicia y Mercado*, Barcelona, Ediciones Paidós Ibérica, S.A, I.C.E de la Universidad Autónoma de Barcelona, 1997, primera edición, p. 66.

¹⁸ Ted Honderich, *The Question of Well-being and the Principle of Equality*, *Mind*, XC, 360. [Nota al pie de página No. 13. Octubre de 1981], en: Amartya Sen, *op.cit.* p. 67.

¹⁹ Amartya Sen., *op. cit.* pp. 74-75.

De acuerdo a sus planteamientos la principal característica del bienestar está en consideración de lo que una persona puede ‘realizar’ y “tales realizaciones podrían consistir en actividades (como el comer o el leer o el ver) o estados de existencia o de ser, por ejemplo, estar bien nutrido, no tener malaria, no estar avergonzado por lo pobre del vestido o del calzado (...) la característica primaria del bienestar de una persona es el vector de realizaciones que consigue”.²⁰

Para Sen, la riqueza puede contribuir a las realizaciones por la capacidad que da para disponer de cosas, lo que puede ser importante para el bienestar de una persona, sin embargo un índice de opulencia o abundancia de bienes primarios, no puede considerarse un sinónimo de bienestar, del mismo modo, la felicidad es parte significativa del bienestar pero hay otras realizaciones importantes que no son congruentes con la felicidad y que ella no puede sustituir por lo que “la característica esencial del bienestar es la capacidad para conseguir realizaciones valiosas”.²¹

Las realizaciones efectivas de una persona están relacionadas con su ‘capacidad’ de realización y a su vez el ‘conjunto de capacidades’ de una persona puede definirse como ‘el conjunto de vectores de realización a su alcance’. Si exploramos los aspectos de bienestar en una persona, una parte importante será el conjunto de capacidades de la misma, así como el vector de realización que ha elegido, lo que también considera las libertades positivas del individuo, a esta libertad para conseguir bienestar, que no todos poseen ya que hay quienes no tienen opciones de elección, se denomina ‘libertad de bienestar’.

²⁰ Amartya Sen., *op. cit.* p. 77.

²¹ Amartya Sen., *op. cit.* p. 80.

“En positivo, he argumentado *en favor* de concebir el bienestar en términos de vectores de realización y de la capacidad para conseguirlos. El aspecto de bienestar de las personas nos lleva a un concepto particular de libertad que hemos llamado *libertad de bienestar*”.²²

“La información directa sobre las *realizaciones* reales que consiguen los hombres y mujeres es más fácil de usar y más sensiblemente interpretable en términos de bienestar”.²³

De acuerdo a lo planteado por Max Weber y Amartya Sen, es oportuno establecer la relación entre los conceptos de Estado y Bienestar, bajo los que se pueda ir perfilando el de Estado de Bienestar; que sería aquel que a través de instituciones administradas burocráticamente, diseña e implementa políticas económicas encaminadas a que la sociedad pueda cumplir con sus realizaciones, buscando una redistribución social del ingreso y las capacidades.

El Estado de Bienestar fue fruto de las recesiones mundiales de los años treinta y nació en Europa después de la Segunda Guerra Mundial como una consecuencia y respuesta de parte de los Estados a la situación de crisis en el mundo y por la que se vivió un tipo de “Edad de Oro” de la economía política global.²⁴ De acuerdo a la ideología que dio lugar al Estado de Bienestar, la equidad y la justicia social debían y podían convertirse en una realidad alcanzable, incluso en países como los de

²² Amartya Sen., *op. cit.* p. 84.

²³ Amartya Sen., *op. cit.* p. 79.

²⁴ Rolando Cordera Campos, Carlos Javier Cabrera Adame (Coordinadores), *La política social en México: Tendencias y perspectivas*, México D.F. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Economía, 2007. p.28.

América Latina siempre y cuando se realizarán a través del gobierno las estrategias adecuadas.

El modelo del Estado de Bienestar en Europa se estableció en todos los países capitalistas, principalmente en los más avanzados y se caracterizó por un complejo sistema de instituciones estatales y políticas públicas enfocadas al bienestar de las personas; durante mucho tiempo el Estado de Bienestar no era una opción para los gobiernos y, tiene hasta la actualidad sus máximos exponentes en ese continente, donde se homogeneizaron sus intereses de forma tal que se percibía un “consenso social demócrata” en esa región.

Eduard Terstein (1850-1932) fue un crítico alemán de Carl Marx y es considerado el padre de la Social democracia, la que “combina las ideas de la democracia representativa con un orden económico parcial o completamente socialista, donde los sectores clave (si no la totalidad) de la economía están controlados, directa o indirectamente, por el Estado. Tras la Segunda Guerra Mundial la social democracia fue adoptada en Europa Occidental (y, en menor medida, en otras democracias). Se veía como un término medio entre las democracias representativas capitalistas que existían en Estados Unidos y en la Europa de preguerra y los regímenes comunistas totalitarios surgidos durante el mismo período en Europa del Este y China. Muchos de estos países adoptaron un “Estado del Bienestar” que garantizaba las necesidades materiales y sanitarias básicas a todos los ciudadanos, mientras que al mismo tiempo nacionalizaban o regulaban muy de cerca las principales actividades económicas, como la banca, el transporte, la producción industrial y la minería, que tradicionalmente formaban parte del sector privado”.²⁵

²⁵ Stevens L. Taylor, *op. cit.*, p. 74.

La social democracia defiende que el Estado redistribuya los ingresos y fije empresas. Actualmente la mayoría de las democracias representativas ostentan una economía mixta²⁶ en la que el Estado realiza la administración estratégica de los sectores clave de la economía, pero ya no al grado que se planteaban los social demócratas. “Hoy en día, las principales diferencias entre democracias capitalistas como la de Estados Unidos y la social democracia, como la de Suecia, estriban en el grado de vinculación del Estado en la redistribución económica, la generosidad de la ‘red de seguridad social’ y la propiedad de agentes económicos claves”.²⁷

El Estado de Bienestar como un esquema que buscaba nivelar las decisiones políticas con las consecuencias sociales en un equilibrio político-social, perduró hasta casi finales de los años setenta en todo el mundo; a mediados de esa década, muchos de los gobiernos que ostentaban Estados Benefactores comenzaron a criticarlo y a argumentar que el grado de injerencia del Estado en la economía había minado la competitividad de sus industrias y el crecimiento económico nacional; presentándose lo que varios autores han llamado “la crisis del Estado de Bienestar”.

Durante este periodo se inician procesos de privatización: “En los últimos años, prácticamente en todas las regiones del mundo han tenido lugar esfuerzos nacionales de reconstrucción económica, por una ruta de liberalización comercial y desregulación interna, privatización de empresas estatales y reducción del tamaño de gobierno”.²⁸

²⁶ Economía mixta: “Término empleado para referirse a una economía en la que existen tanto elementos regulados como desregulados. En la mayoría de los países desarrollados, aunque existe el libre mercado en términos del libre movimiento de bienes, trabajo, etc.; existe también alguna forma de intervención del gobierno, ya sea a través de subsidios a empresas estatales, o mediante las prestaciones sociales.” Stevens L. Taylor, *op. cit.*, p. 12.

²⁷ Stevens L. Taylor, *op. cit.*, p. 74.

²⁸ Rolando Cordera Campos, *et. al, op. cit.* p. 25.

Los cambios en la política económica internacional y el debate político e intelectual sugieren una ‘reforma obligada del Estado’; destacando lo concerniente a la vida social, el bienestar social y las diversas formas de redistribución de ingresos y riquezas, iniciando una revisión ideológica sobre los derechos de las personas y lo que es y significa el bienestar social.

Los críticos del Estado de Bienestar argumentan que los cambios mercantiles mundiales han perjudicado a las economías Estatales, lo que ha resultado en privaciones económicas y sociales para los países, quienes han reducido el gasto social, poniendo en duda lo que parecía indiscutible y confirmado: la existencia del Estado benefactor; un Estado comprometido ética y políticamente con la protección de los más necesitados, para lo que, centralizaba acciones públicas en materias sociales y trataba de manipular las variables económicas en busca de la creación de nuevos empleos, niveles crecientes de ingreso para la población, crecimiento, desarrollo, y estabilidad.²⁹

La transición del Estado de Bienestar inició en el año de 1971 cuando el presidente de los Estados Unidos Richard Nixon cuestionó el Nuevo Orden Económico Internacional, establecido en los acuerdos de Bretton Woods realizados del 1 al 22 de Julio de 1944 entre los países más industrializados del mundo y a partir de los cuales se decide la creación del Banco Mundial (BM) y el Fondo Monetario Internacional (FMI) así como el uso del dólar como moneda de cambio internacional, el principal objetivo del sistema de Bretton Woods era tener una balanza comercial equilibrada y dar estabilidad a las transacciones comerciales.³⁰

²⁹ Véase Rolando Cordera, et. al., *op. cit.*, pp. 27-28.

³⁰ Admin en Análisis Fundamental, Forex, *Bretton Woods: Un nuevo arreglo institucional*, [publicado diciembre 11 de 2009], Dirección URL: <http://finanzasydinero.com/blog/bretton-woods-un-nuevo-arreglo-institucional/> [consulta: 24 de Mayo de 2012].

Se inicia una precipitada competencia comercial internacional y un acelerado cambio tecnológico, en el cual, el capital financiero tiene una importante movilidad; esta nueva forma en la que opera mundialmente la economía ha impedido alcanzar una estabilidad económica y financiera, generando desigualdad social y pobreza.

El presidente de los Estados Unidos de América Ronald Reagan y la Primer Ministro Británica Margaret Thatcher, durante sus administraciones al frente de los gobiernos con mayor influencia en las políticas económicas mundiales, confeccionaron medidas que suscitaron una significativa serie de cambios en el Estado de Bienestar y sus mecanismos sociales.³¹

Las políticas públicas en Estados Unidos de América, han iniciado un embate contra las instituciones públicas encauzadas al bienestar social, con la pretensión de terminar con los programas sociales dirigidos a atender a los grupos más vulnerables, lo mismo ocurre con las políticas enfocadas a los derechos laborales, en las que se tiene el camino allanado por la falta de oposición de los sindicatos, quienes en su mayoría han dejado de lado el papel de defensores de los derechos de los trabajadores.³²

De acuerdo con Rolando Cordera, el sistema de Bienestar Norteamericano (EUA) data del Acta de Seguridad Social de 1935 y nunca logró conformar un Sistema Social Estatal desarrollado como los que actualmente operan en algunos países de Europa.

³¹ Véase, Rolando Cordera Campos, *et. al., op. cit.* p. 30.

³² Rolando Cordera Campos, *et. al., op. cit.*, pp. 30-31.

Los argumentos ideológicos que hoy buscan terminar con el Estado de Bienestar, objetan que éste ha contribuido a la desigualdad impidiendo la movilidad social de los más excluidos, a quienes se les estigmatiza a través de los programas sociales.

No obstante lo planteado por los críticos del Estado de Bienestar, el Sistema Económico Internacional está sufriendo una crisis que no ha reducido la necesidad y demanda social de intervenciones públicas, sino que en términos reales las ha aumentado. Después del periodo en el que el Estado suministraba los bienes y los servicios públicos, lo que era visto como una obligación de los gobiernos y un derecho de las personas, se ha venido discutiendo respecto a la necesidad de un modelo económico Estatal que si bien no tenga las características del Estado de Bienestar tampoco provoque las consecuencias sociales de pobreza y desigualdad que ha dejado el Neoliberalismo.

El sistema económico definido como Neoliberalismo “consiste en una serie de prescripciones de política económica que ponen énfasis en la primacía del mercado sobre el gobierno. El prefijo Neo indica que es una versión actualizada del liberalismo clásico del siglo XVIII descrito por el teórico político Adam Smith”³³ quien en los argumentos de su libro ‘La riqueza de las Naciones’ menciona que en la búsqueda de beneficios individuales, la ‘mano invisible’ del mercado asegura el bien común. Para el Neoliberalismo al reducir radicalmente el gasto gubernamental, privatizar las industrias públicas, liberalizar el comercio y promover la inversión exterior, se genera crecimiento económico. De acuerdo a esta tesis las leyes de la oferta y la demanda del libre mercado aseguran una distribución eficiente de los bienes para todos.

³³ Stevens L. Taylor, *op. cit.*, p. 128.

A partir de la década de 1980 las políticas neoliberales han sido muy controvertidas sobre todo en países en vías de desarrollo, la combinación de privatización y la reducción de los subsidios provocan consecuencias sociales graves.

La época actual, la 'crisis del Estado de Bienestar' y el modelo Neoliberal no pueden entenderse sin el surgimiento de la globalización, término que "designa la tendencia iniciada a finales del siglo XIX hacia una mayor integración de las economías nacionales y regionales en un sistema económico mucho más grande y unificado basado en el libre comercio de bienes, servicios y capitales de inversión".³⁴ La globalización inicia en la primera potencia económica y militar del mundo del siglo XIX: Gran Bretaña, que resolvió dejar el mercantilismo y proteccionismo para hacer una rebaja arancelaria a los bienes comerciados con otros países.

El comercio internacional disminuyó considerablemente a consecuencia de las dos guerras mundiales y la gran depresión. Después de la segunda guerra mundial, Estados Unidos desplazó como principal economía desarrollada a Gran Bretaña, lo que hizo que se adoptara el paradigma del libre comercio, sin embargo en nuestros días la globalización no se refiere únicamente al comercio de productos sino que ha alcanzado todas las esferas de la vida social e incluso privada de los individuos, incluido los servicios y productos de inversión, lo que suscita una economía más integrada en la que "los principales sectores económicos de la mayoría de las economías desarrolladas y en vías de desarrollo, son contraladas por multinacionales".³⁵

³⁴ Stevens L. Taylor, *op. cit.*, p. 122.

³⁵ *Ibidem.*

La ideología que ha venido desplazando al Estado de Bienestar se basa en que la satisfacción de las necesidades proviene de virtudes, valores, esfuerzos, inteligencias y decisiones individuales, por lo que, cada sujeto y grupo social recibe lo que merece; para legitimar esta convicción, una parte importante de la filosofía moral y de la economía política moderna se ha dedicado a conceptualizar e ideologizar estos principios.³⁶

El panorama desarrollado en páginas precedentes, aunado a la inacción pública e inactividad política del grueso de la población mundial respecto a los cambios sufridos en cuanto a la procuración de bienes y servicios de parte del Estado y si se quiere incluso de sus derechos, ha permitido que las políticas de bienestar y compensación se debiliten cada vez más.

Para una mayor comprensión de la evolución del Estado Benefactor en México es necesario hacer una revisión conceptual e histórica de lo que son las políticas públicas y las políticas sociales.

³⁶ Véase, Cordera Campos Rolando, *et. al.*, *op cit.* p. 34.

1.2 Desarrollo histórico de las políticas públicas y sociales del Estado Benefactor en México.

Para tener una perspectiva integral en el análisis del Programa de Prevención y Control de Adicciones del IMSS, es necesaria una revisión conceptual e histórica de los términos de política pública y política social; lo anterior debido a que el PPCA que se investiga en este trabajo es una política de gobierno que busca resolver el problema de las adicciones a través de la prevención; el entendimiento de la naturaleza de dichas políticas, de su estructura y de la manera en que deben analizarse para implementar mejoras nos permitirá obtener un panorama completo del impacto del PPCA del IMSS en el problema de las adicciones en la sociedad mexicana.

Para Irma Méndez de Hoyos³⁷ una política es una acción o decisión de gobierno con un propósito específico para la sociedad. El concepto de política pública “supone la idea de lo público como una dimensión de la actividad humana regulada e intervenida por la acción gubernamental. Por otra parte, el significado moderno de *policy* se vincula a la capacidad del gobierno para intervenir racionalmente en la solución de los problemas públicos”.³⁸

La idea de que el Estado debía manejar los asuntos públicos surgió en el mundo después de la segunda Guerra Mundial, mientras que en América Latina y México la forma actual de administrar lo público comenzó a

³⁷ Wayne Parsons, *Políticas públicas: Una introducción a la teoría y la práctica del análisis de políticas públicas*, en prefacio a la edición en castellano, [en línea], 817 pp., México, Ed. FLACSO, Octubre 2007. Dirección URL: http://books.google.com.mx/books?id=4j_3k3eCwHUC&pg=PA775&dq=los+8+pasos+para+el+an%C3%A1lisis+de+pol%C3%ACticas+p%C3%BAbllicas&hl=es&sa=X&ei=IVIsUZfmKuP02gW1o4H4Dg&ved=0CDIQ6AEwAQ#v=onepage&q=concepto%20politica%20publica&f=false, [consulta: Abril 2013]

³⁸ Wayne Parsons, *Ibíd.*

transformarse a finales del siglo XX. Sin embargo en nuestra región “a lo largo de la historia se ha visto que han perdurado sistemas políticos de corte autoritario y personalista, cuya organización vertical y centralizada ha provocado que la hechura de políticas resulte en una variable residual de lo que los gobernantes han considerado importante”.³⁹

La estructuración de las políticas públicas se transforma por la manera en que cada gobierno concibe su acción en la sociedad, por su idiosincrasia, sus prioridades respecto a lo público y por la relación que el Estado sostiene con el mercado.

Las políticas públicas son estrategias implementadas desde el gobierno, el Estado o la administración pública con una finalidad y objetivos definidos; van encaminadas a resolver algún problema específico de la población, de una institución o de un espacio territorial. Para el establecimiento de las políticas públicas el gobierno diseña instituciones que respondan a las necesidades e intereses de la sociedad y debido a que las políticas se plasman en programas; las instancias encargadas de accionarlas utilizan presupuesto, personal, instalaciones, estructura de mobiliario, equipo y otros recursos públicos que se invierten con la finalidad de cumplir objetivos; por lo anterior es necesario que se realicen evaluaciones periódicas y constantes de los resultados de dichas políticas.

Algunos puntos que se consideran en la evaluación de las políticas públicas en la obra de Eugene Bardach “Los ocho pasos para el análisis de políticas públicas. Un manual para la práctica” y en particular en la presentación de David García-Junco, mismos que se retoman para el análisis del Programa de Prevención y Control de Adicciones del IMSS en el presente trabajo son los siguientes:

³⁹ Wayne Parsons, *Ibíd.*

Una política pública empieza desde la definición de lo que es un problema público y la recopilación de la información sobre el mismo.

Para la definición de las adicciones como un problema público en esta tesis, se desarrolla el capítulo 2: “Las adicciones como un problema social y de salud pública en México” y el apartado 2.1 “Las adicciones al Tabaco, alcohol y sustancias psicoactivas, su daño social y en la salud”. Debido a que los puntos de partida para la realización de una política pública son la definición y conceptualización, en el apartado 2.1 se especifica por que las adicciones son un problema social.

El análisis de datos de un problema social nos proporcionara las bases necesarias para el diseño y elaboración de las políticas que se habrán de implementar: “Los ‘datos’ son hechos – o debiera decir representaciones de hechos- acerca del mundo (...) [del mismo modo que] El ‘conocimiento’ son los datos que tienen significado, pues pueden ayudar a clasificar el mundo en diferentes categorías lógicas o empíricas”.⁴⁰

Para realizar un análisis confiable sobre una política pública se debe considerar la parte cuantitativa para dimensionar con cifras la magnitud del problema en una sociedad, en el capítulo 2 se revisan datos que permiten tener un panorama general del uso de drogas ya que en el apartado 2.2. “Panorama de las adicciones en el continente Americano y en México”, se analiza el Informe de la OEA del año 2011 así como la Encuesta Nacional de Adicciones de México del 2008.

Como señala Eugene Bardach “En la vida real, los problemas de políticas se nos presentan como un confuso conjunto de detalles: personajes,

⁴⁰ Eugene Bardach, *Los ocho pasos para el análisis de políticas públicas. Un manual para la práctica*, México, Ed. CIDE, 2004, primera edición, tercera reimpresión, pp. 25-26.

grupos de interés, demandas retóricas, presupuestos, mandatos legales e interpretaciones, rutinas burocráticas, actitudes ciudadanas, entre otros. Los conceptos (...) están formulados en abstracto (pero) es necesario que usted (...) aprenda a ‘ver’ los conceptos analíticos en situaciones concretas, en la cotidianidad de la vida”.⁴¹

Considerando lo anterior vemos que no es suficiente realizar un análisis de la teoría y conceptos en abstracto sino que habrá que contrastar con la realidad, por ello en el capítulo 3. “Aspectos sociales del Programa de Prevención y Control de Adicciones del Instituto Mexicano del Seguro Social” y específicamente en el apartado 3.1 “Objetivos y operación del Programa de Prevención y control de adicciones del IMSS” se realiza una descripción de la práctica real del programa.

Para elegir que asuntos serán motivo del diseño de políticas públicas se debe responder ¿Qué tipo de problemas privados merecen ser tratados como asuntos públicos y (por lo tanto) se deben resolver a través de fondos públicos?⁴²

“El elemento ‘básico’ en ‘muchas’ alternativas de política es una ‘estrategia de intervención’”.⁴³ Sin embargo estas políticas no pueden sostenerse solas, en el Instituto Mexicano del Seguro Social y en particular en la Coordinación de Prestaciones Sociales los programas derivados de estas políticas se implementan en unión con una o varias instituciones más que cuenten a su vez también con financiamiento, esto se analiza en el

⁴¹ Eugene Bardach, *op.cit.*, pp. 15-16.

⁴² Eugene Bardach, *op.cit.*, p. 19.

⁴³ Eugene Bardach, *op.cit.*, p. 34.

apartado 3.3. Convenios Interinstitucionales del Programa de Prevención y Control de Adicciones.

El análisis de políticas es fundamental ya que impacta en la vida de un número importante de ciudadanos, el apartado 3.4. “Análisis cuantitativo de resultados del Programa en el Sistema Gerencial del IMSS durante el año 2011”, se analizan los datos cuantitativos resultantes de la aplicación del programa y su impacto social.

Del mismo modo en el apartado 3.5. “Propuesta de aspectos sociales a incorporar en el Programa derivado del análisis cuantitativo de resultados” se realiza una construcción de alternativas para mejorar el programa así como una selección de criterios a incorporar en el mismo, derivados de dicho análisis.

Dentro de las políticas públicas encontramos a las políticas sociales que a diferencia de las primeras implican una participación de otros sectores de la población y no únicamente del gobierno, el caso del Programa que nos atañe involucra, debido a la naturaleza del problema, a un conjunto de instituciones, organizaciones y sectores que unen sus esfuerzos administrativos y sociales para la prevención y solución de un problema mayor como son las adicciones; la política social incluye trabajo de diversos sectores de la población que pueden tener fines de diversa índole (gubernamentales, de lucro, sociales, asistencial, entre otros).

“Toda política social se expresa como respuesta programática de un gobierno a cualesquiera de las necesidades percibidas en el conjunto de la sociedad o al menos en un sector considerable de ella. En un sentido más afinado, se realiza cuando la acción gubernamental enfoca directamente la

protección diferenciada y específica a los sectores y grupos más necesitados y vulnerables de la sociedad: ancianos y niños, desempleados, enfermos, inválidos. En cualquiera de los casos, la política social y su instrumentación realizan la función reguladora, redistribuidora de la riqueza social propiciadora de los equilibrios alterados por las inevitables desigualdades que se generan en los procesos de interacción de individuos y grupos”.⁴⁴

Las áreas sobre las que actúa la política social son el cuerpo, la salud, la alimentación, la vivienda y las condiciones de vida creando un “Conjunto de prácticas de ordenamiento portadora de transformaciones”,⁴⁵ cuyas funciones, principios, temas, actores y mecanismos cambian con los intereses de cada gobierno.

“Las fuentes de la política social radican en las necesidades humanas, en la transformación de la fuerza de trabajo en mercancía y la consiguiente liga entre trabajo y medios de vida que se establece con la modernidad. Sus efectos se vuelcan en la conformación y encuadre tanto de estratos y clases como de los agrupamientos primarios (familia), en el orden social e institucional. Es una fuerza activa en la estructuración de las relaciones sociales que no puede ser reducida a una vertiente administración de recursos y necesidades humanas, pues la política social juega en los términos de conservación, mediación o transformación de las sociedades”.⁴⁶

⁴⁴ Samuel León, “Política Social y Salud”, en R. Casas, *et. al. Las Políticas sociales de México en los años noventa*, México, Ed. Plaza y Valdés, UNAM, FLACSO, 1998, primera edición, primera reimpresión, . p. 237-238

⁴⁵ Samuel León, *op. cit.*, p. 65

⁴⁶ Teresa Incháustegui y Alicia Martínez F. “Política Social y Cambios de Finales de Siglo: Contexto y Valores en la Relación con los Nuevos Actores”, en R. Casas, *et. al. op.cit.* pp. 64 - 65.

Actualmente el modelo de política social no quiere provocar lealtad de los trabajadores al gobierno sino crear una ciudadanía social, intentando responsabilizar a las personas de su bienestar.

El origen intelectual del Estado de bienestar y sus políticas sociales es la secularización de la concepción de justicia, así como la relación establecida entre las ideas de progreso y bienestar con las de felicidad y libertad. La política social del Estado de bienestar es resultado del consenso político, ideológico y cultural de una sociedad.

De acuerdo con Teresa Montagut, una política social es aquella relativa a la administración pública de asistencia y al desarrollo y dirección de servicios de salud, educación, trabajo, vivienda, asistencia y servicios sociales. “La política social, entendida como una actuación del gobierno en un determinado campo, es sin duda un ámbito de la política económica”.⁴⁷

De acuerdo a los razonamientos de Montagut “el ámbito económico ocupa un papel central en las relaciones sociales”.⁴⁸ Ello como consecuencia de entender el progreso como resultado del desarrollo económico, por eso los estudios de las políticas sociales se enmarcan en la perspectiva económica.

En los análisis de la política social desde el punto de vista funcional, se define que éstas han servido para cubrir necesidades que generaban la dinámica de evolución del sistema capitalista y respecto a los objetivos de la misma, éstos se definen como “El conjunto de medidas que, afectando

⁴⁷ Teresa Montagut, *Política Social: Una introducción*, España, Ed. Ariel Sociología, 2000, p. 21.

⁴⁸ *Ibidem*.

las estructuras de la sociedad intentan modificar las contradicciones o problemas que en ella se generan y, en otro extremo se interpretan los objetivos de la política social como el conjunto de medidas que intentan amortiguar y hasta resolver los conflictos generados, es decir ayudan a su gobernabilidad”.⁴⁹

Sin embargo una visión únicamente económica de las políticas sociales no permite comprender su complejidad, es necesario tener conocimiento de los cambios sociales y poblacionales de una sociedad, tales como las transformaciones en las estructuras familiares y la posición social de las mujeres, entre otros.

“Los objetivos últimos de la política social son la cobertura de las necesidades y la reducción de las tensiones sociales (...) el objetivo de la política de bienestar es la satisfacción de las necesidades humanas (...) las necesidades humanas responden, en cada comunidad y en cada época histórica, a un determinado nivel de desarrollo social (...) aunque consideremos que las necesidades humanas son históricas (esto es, construidas socialmente), cabe pensar que pueda concebirse, a su vez, la existencia de unas necesidades de naturaleza universal”.⁵⁰

En general el desarrollo industrial y casi todos los procesos técnicos en una sociedad provocan riesgos en formas de exclusiones o enfermedades, un riesgo actual son las adicciones. En países que tienen un capitalismo desarrollado las necesidades humanas básicas se consideran “derechos morales” que orientan las políticas sociales; los hombres tienen además necesidades materiales, emocionales y culturales.

⁴⁹ Teresa Montagut, *op.cit.*, p. 22.

⁵⁰ Teresa Montagut, *op.cit.*, p. 23.

E. Raab y G. J. Selznick definen un problema social como: “Un problema de las relaciones humanas que amenaza seriamente a la sociedad y obstruye las aspiraciones importantes para muchas personas, la política social se ocupa también de los problemas sociales”.⁵¹

A finales del federalismo y en los inicios del capitalismo surgieron un conjunto de transformaciones que dieron lugar a los orígenes de la intervención de los poderes públicos en el ámbito social. En el siglo XVIII durante la ilustración se iniciaron cambios importantes respecto de lo que hoy se denomina política social, el racionalismo característico de esta época hacia preguntarse las causas de la pobreza y las medidas que podían resolverla.

La declaración de los Derechos del Hombre de 1793 señalaba: “La asistencia pública es un deber sagrado. La sociedad tiene el deber de procurar los medios de subsistencia a los ciudadanos menos afortunados, bien proporcionándoles un trabajo, bien asegurándoles el derecho a vivir sin trabajo”.⁵²

El surgimiento de problemas sociales que deberán ser atendidos por los poderes públicos tuvo como respuesta la secularización de la caridad cristiana y su transformación en beneficencia pública municipal.

“Con la llegada de la primera revolución industrial, a finales del siglo XVIII y comienzos del siglo XIX, hubo que gestionar el mercado de trabajo del proletariado de las fábricas, lo cual se llevo a cabo (...) con los primeros

⁵¹ Teresa Montagut, *op.cit.* pp. 24-25.

⁵² Teresa Montagut, *op.cit.*, p. 52.

seguros sociales, que nacerán de la mano del canciller Bismark. (...) El objetivo de la intervención era restaurar la vida de los hombres y su entorno, darles una cierta seguridad a sus estilos de vida, dicha intervención tendía necesariamente a reducir la flexibilidad de los salarios y la movilidad del trabajo”.⁵³

En 1884 se promulga la ley sobre los accidentes de trabajo, y en 1889 la que establece el primer sistema de pensiones de jubilación. En los países industrializados se generaliza la idea de que es necesaria una intervención estatal en el campo social.

Hasta mediados del Siglo XX el modelo de Estado liberal, basado en el liberalismo económico, predominó en las sociedades capitalistas. La industrialización derivó en condiciones de vida perjudiciales que provocaron desajustes sociales que hacían peligrar el orden económico existente, por lo que los efectos del capitalismo liberal causaron que el Estado tuviera la necesidad de intervenir para corregirlos.

“Lo que hoy venimos denominando *Estado de bienestar* corresponde a una forma de organizar la vida social –política y económica- en las democracias capitalistas, después de la segunda guerra mundial. (...) El Estado de bienestar es un modelo sociopolítico y económico, fruto de las transformaciones que se habían ido produciendo en las diversas esferas de la vida social”.⁵⁴

⁵³ Teresa Montagut, *op.cit.*, pp. 52-53.

⁵⁴ Teresa Montagut, *op.cit.*, p. 44.

En México el antecedente del programa ideológico del Estado Benefactor se remonta a la época en la que el Porfiriato entra en crisis, en esta se vive una profunda desigualdad económica y social; el periodista e ideólogo mexicano Ricardo Flores Magón (1873-1922) junto con el movimiento Regeneración⁵⁵, elabora un Programa fechado el 1 de Julio de 1906, en el cual, apelando al pensamiento liberal y democrático, analizan los problemas nacionales de la época, el Programa de un trascendente contenido social y político, elabora propuestas directas para la resolución de la desigualdad: la acción interventora del Estado bajo los principios de Reforma, Libertad y Justicia.⁵⁶

Durante el movimiento de la Revolución Mexicana, el 28 de Noviembre de 1911, el General del Ejército Libertador del Sur, Emiliano Zapata (1879-1919) elabora y firma, el Plan de Ayala, que contiene sus ideas revolucionarias y se compone de tres secciones: la primera dedicada a definir la postura política de los zapatistas, la siguiente a la definición del problema agrario como principal objetivo del Ejército Libertador y la última a la defensa de las comunidades campesinas como núcleos sociales viables y legítimos con características culturales y costumbres políticas arraigadas históricamente.⁵⁷

La importancia sociológica del Plan de Ayala esta en perfilar las bases de la redistribución de los bienes en México como un principio fundamental de

⁵⁵ El movimiento ideológico y periodístico Regeneración tenía por instrumento la publicación del periódico del mismo nombre a través del cual los hermanos Flores Magón, los primos Sarabia y otros ideólogos precursores de la Revolución Mexicana, criticaban el porfiriato y difundían sus posturas y propuestas económicas, políticas, ideológicas y sociales. Véase Javier Garciadiego y Josefina Mc Gregor, *Gran Historia de México Ilustrada*, "Crisis y opositores del Porfiriato", Tomo 4: "De la Reforma a la Revolución 1857-1920", México, Ed. Planeta De Agostini, CONACULTA, INAH, 2004, Tercera reimpresión de la Segunda Edición, p. 275.

⁵⁶ Véase Javier Garciadiego, *et. al., Ibídem.*

⁵⁷ Véase Javier Garciadiego, *et. al., op. cit.*, pp. 311-313.

la Revolución Mexicana, este principio dio lugar a un primer esbozo del modelo del Estado Benefactor mexicano.

Los orígenes ideológicos del Estado Benefactor en nuestro país fueron conformándose a lo largo de la Revolución Mexicana y trascendieron la postura campesina del centro sur del país ya que el 25 de Mayo de 1912 Pascual Orozco se rebela formalmente contra el gobierno a través del Plan de la Empacadora y su ejército conformado por mineros, ferrocarrileros, trabajadores industriales, proletariado agrícola y vaqueros aglutinaba la clase trabajadora del Norte del país, dicho Plan incluye planteamientos políticos, socioeconómicos, militares y cláusulas sobre derechos laborales, teniendo un radio de acción mayor que el de los zapatistas.⁵⁸

Desde el Plan de Ayala, el zapatismo comprendió la necesidad de reunir a los principales Jefes Revolucionarios y ello se volvió una obligación debido a las diferencias ideológicas surgidas por las prioridades de los tres principales grupos, a saber: zapatistas, villistas y carrancistas, cuyas diferencias no eran tanto políticas sino más bien sociohistóricas. El 10 de Octubre de 1914, una vez que se derrotó a Victoriano Huerta, quien encabezaba los últimos reductos del porfirismo, se realizó un intento de unidad en Aguascalientes a través de la Convención que aprobó un Programa de Reformas Político Sociales de la Revolución.

El documento expone reformas a la cuestión agraria, esboza los orígenes del sindicalismo, determina los principios del derecho a la educación, dentro de los que se menciona la autonomía de la Universidad Nacional, delinea reformas políticas a la independencia municipal, suprime el Senado, adopta el parlamentarismo y el voto directo como forma de elección.

⁵⁸ Véase Javier Garciadiego, *et. al.*, op. cit., pp. 314-315.

Respecto a la cuestión obrera el Programa de Reformas prevé “la miseria y el futuro agotamiento de los trabajadores, por medio de oportunas reformas sociales y económicas como son: una educación moralizadora, leyes sobre accidentes de trabajo y pensiones de retiro, reglamentación de las horas de labor, disposiciones que garanticen la higiene y seguridad en los talleres, fábricas y minas y en general, por medio de una legislación que haga menos cruel la explotación del proletariado”.⁵⁹

Los Delegados zapatistas y villistas siguieron discutiendo y trabajando el Programa y lo fueron definiendo como un proyecto nacional “su concepción general del Estado era como una entidad de tipo benefactor, protector de las clases más necesitadas, con rasgos de paternalismo”.⁶⁰ La base social de ese Estado serían los campesinos, los sectores de pequeños y medianos propietarios agrarios, industriales y comerciantes, trabajadores y artesanos; la falta de organización política concreta y el triunfo militar de los constitucionalistas sobre ambos grupos impidieron que el Programa se materializara completamente, sin embargo, posteriormente el Congreso Constituyente de Querétaro retoma los planteamientos articulados por la Convención y el Estado Benefactor se delineó en la Constitución de 1917, en la que se plasman los derechos sociales de los mexicanos principalmente en los artículos 3º, 27 y 123.

Actualmente la Declaración Universal de los Derechos Humanos precisa que todos los hombres tienen derecho a disfrutar de las condiciones mínimas de educación, alimentación, vestido, vivienda, seguridad social y salud; los derechos sociales como parte de los Derechos Humanos se definen como inalienables para todo ser humano.

⁵⁹ Javier Garcíadiego, *et. al.*, op. cit., p. 378.

⁶⁰ Javier Garcíadiego, *et. al.*, op. cit., p. 380.

La formalización de los derechos sociales se da cuando éstos se incorporan al texto constitucional ya que se genera su contraparte jurídica, es decir la obligación por parte del Estado: “las políticas sociales aparecen como instrumento deliberado del poder estatal para dar contenido y realidad a los derechos sociales jurídicamente establecidos. Existe un reconocimiento explícito y la aceptación de la obligatoriedad inherente a tales derechos de tal manera que, con frecuencia, se establece una relación directa entre el cumplimiento de estas responsabilidades y la legitimidad de quienes ejercen el poder”.⁶¹

El Estado de Bienestar mexicano, en atención a sus raíces revolucionarias se propuso un reparto equitativo de la riqueza y considerando el tamaño de dicha tarea fue asumida por el Estado mismo y sus instituciones, por lo que toma la responsabilidad de proporcionar a la población beneficios sociales, entre los que se encuentran el derecho a la salud.

La salud como necesidad humana básica para el desarrollo individual, familiar y social es un proceso fundamental para el desarrollo de una sociedad, desde una perspectiva global la salud además de ser un derecho de la población es uno de los indicadores más significativos del desarrollo de un país y una exigencia de equidad social.

La salud es uno de los principales elementos de toda política social, no es posible concebir un sistema de seguridad social que no tenga como una de sus finalidades cumplir con la protección de la salud.

México es el primer país que realiza una revolución social en el Siglo XX, el bosquejo histórico realizado por Hira de Gortari y Alicia Ziccardi en el

⁶¹ Samuel León, *op. cit.*, p. 237.

ensayo “Instituciones y clientelas de la política social: Un esbozo histórico 1867- 1994” del libro “Las Políticas sociales de México en los años noventa” identifica 5 etapas en las que se desarrolla la política social en nuestro país: 1) de la república restaurada al porfiriato (1867-1876); 2) del porfiriato a la revolución; 3) el Estado social surgido de la revolución (1910-1940); 4) el Estado corporativo intervencionista (1940-1985) y 5) el Estado del liberalismo social o del neoliberalismo (de 1987 a la actualidad).

Para definir la naturaleza de las políticas sociales en cada época se consideran los tres componentes esenciales de las políticas sociales: la ideología política modelo que la genera, las características de la estructura social y las “clientelas” atendidas por las instituciones estatales en los ámbitos de educación, salud y vivienda.

En la primera época, de la república restaurada al porfiriato, que abarca de la presidencia de Benito Juárez hasta la dictadura de Porfirio Díaz; el poder ejecutivo en busca de fortalecerse, ejecutó importantes políticas educativas y de salud. El fundamento político ideológico en el que se basó este periodo fue el liberalismo individual y el principal problema a tratar la pobreza; debido a la esencia del liberalismo la política social se abstuvo de resolver los problemas sociales más graves. Un punto interesante para el tema que nos compete es que problemas sociales como la prostitución y el alcoholismo se consideraban responsabilidades individuales, por lo que aunque representaban problemas sociales fuertes no se desarrollan políticas para combatirlos.

Durante las últimas décadas del Siglo XIX, se creía que el Estado debía limitarse a crear las condiciones adecuadas para que actores privados solucionaran problemas sociales, en esta época la beneficencia actuó de manera sobresaliente en ello, no obstante Benito Juárez quito poder de actuación a las instituciones religiosas dejando descubiertos importantes

rubros de la política social. Por su parte Porfirio Díaz, dio gran importancia a la construcción de obra pública, lo que contribuyó al mejoramiento de la salud pública, en ese periodo se crearon el Hospital General y el de la Castañeda.

En la época de la revolución a la década de los 40's debido a la inestabilidad postrevolucionaria la política social no floreció, las prácticas del Estado se modificaron y la Constitución de 1917 incorporó derechos sociales importantes como la educación y la salud. Durante el gobierno de Álvaro Obregón, el Estado comenzó a participar de manera más activa en la economía y en la sociedad, tomando acciones en beneficio de la misma lo cual tuvo su expresión más elevada en el gobierno de Lázaro Cárdenas (1936-1940), en el cual se crearon instituciones sociales y agrarias, y hubo una disminución importante en los índices de mortalidad debido a la inclusión de antibióticos y medicina preventiva, al saneamiento y a la asistencia social, así como a la vacunación.

En la época del Estado interventor corporativo que va de 1940 a 1988, se desarrolla el modelo de Welfare State que sustenta una intervención estatal otorgando bienes y servicios básicos en salud, educación, bienestar social y vivienda; la política social se concibe a través de la redistribución del ingreso con la intención de crear condiciones de igualdad; lo anterior implica un mayor gasto estatal en programas e instituciones y "se da un marcado incremento de la burocracia central con sus normas y procedimientos, y se crean mecanismos de representación corporativa y clientelísticos."⁶²

⁶² Hira de Gortari y Alicia Ziccardi, "Instituciones y Clientela de la Política Social: Un Esbozo Histórico, 1867-1994", en R. Casas, *et. al. Las Políticas sociales de México en los años noventa*, México, Ed. Plaza y Valdés, UNAM, FLACSO, 1998, primera edición, primera reimpresión, p. 211.

En esta época se da la política de un Estado benefactor que utiliza políticas económicas keynesianas⁶³ y sistemas políticos corporativos.

“México forma parte del grupo de países donde se desarrolla, a partir de los años 40's, un sistema de seguridad social a la vez que se mantienen los privilegios para los grupos ya atendidos y se crea un sistema unificado, administrado por una agencia única (...) en México no hubo plenamente un Estado de Bienestar, que emprendiese la ardua tarea de universalizar el acceso a los bienes y servicios básicos para el conjunto de la población (...) En el marco del *desarrollo estabilizador* la política social se sustenta en la creación de un gran aparato institucional el cual genera una importante cantidad de empleos asalariados y estables para atender las demandas de educación, salud y en menor medida, vivienda y bienes y servicios urbanos”.⁶⁴

La seguridad social existió formalmente en México a partir de 1943 con la creación del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), iniciándose la instauración de un extenso aparato institucional burocrático de seguridad social y servicios de salud. Tanto el IMSS como el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores al Servicio del Estado (ISSSTE) fueron instituciones claves para asegurar el Estado benefactor y el corporativismo; en este periodo hubo un aumento y transformación poblacional ya que el proceso de industrialización hizo posible que se

⁶³ El keynesianismo es una escuela de pensamiento creada por J. M. Keynes (1883-1946) que ha influido de forma decisiva en las políticas económicas seguidas por los países occidentales después de la Segunda Guerra Mundial. En el keynesianismo la política monetaria tiene que ser complementada con el adecuado manejo de los ingresos y gastos públicos. La teoría macroeconómica keynesiana es claramente intervencionista, en contra de lo sostenido por la doctrina del *laissez faire* y se fundamenta en la acción del gobierno para impulsar la actividad económica. La gran enciclopedia de Economía, *Keynesianismo* [en línea], Dirección URL: <http://www.economia48.com/spa/d/keynesianismo/keynesianismo.htm>. [Consulta del 17, 07, 2013] s/editor, s/lugar de edición.

⁶⁴ Hira de Gortari y Alicia Ziccardi, *op.cit.*, p. 212.

pasara de regiones rurales a urbanas y que en estas ultimas se concentrara la mayor parte de la poblaci3n.

Algunas de las obras del Estado Benefactor en los a1os 50's son Ciudad Universitaria para la Universidad Nacional Aut3noma de M3xico, la divisi3n de los servicios de salud en su atenci3n para asalariados (IMSS, ISSSTE, PEMEX, Secretarías de Defensa y Marina) y no asalariados (Secretaría de Salud) y la creaci3n de las prestaciones sociales del IMSS (1956) las que siempre se pensaron para toda la poblaci3n, haciendo realidad al menos de manera parcial el proyecto de la atenci3n universal de la seguridad social en nuestro pa3s.

As3 el desarrollo estabilizador se caracteriza por el crecimiento de un Estado corporativo, benefactor y con una fuerte intervenci3n en lo econ3mico, una sociedad urbanizada y un aumento en la demanda de bienes y servicios de las instituciones estatales controladas siempre por el partido en el poder, la pol3tica social en esta 3poca se estructura para grupos clientelares definidos, considerando la diferencia entre empleados y no asalariados, resultando "un esquema de atenci3n selectivo con una cobertura de beneficios restrictiva".⁶⁵

A mediados de los a1os 70's comenz3 una crisis econ3mica que dio paso al modelo econ3mico neoliberal, en el cual el papel del estado disminuye en funciones e instituciones privatizando servicios anteriormente proporcionados por las instituciones gubernamentales. La crisis de 1982 en M3xico replanteo las medidas de pol3tica econ3mica; el modelo neoliberal ha significado la reducci3n del gasto publico, la disminuci3n de la participaci3n econ3mica gubernamental y la apertura comercial, se reprivatiza la Banca Nacionalizada y se firman m3ltiples tratados de libre

⁶⁵ Hira de Gortari y Alicia Ziccardi, *op.cit.*, p. 219.

comercio, lo que ha generado que la política social se subordine completamente a la política económica moderna.

En este contexto “la política social se redefine en función de que: 1) El Estado debe reformarse para modificar la sobrecarga de funciones que tiene, tanto en la esfera de lo económico como en el de las políticas sociales, 2) la burocratización resta efectividad a la política social y 3) los aparatos gubernamentales presentan una esclerosis como consecuencia, entre otras cosas, de un corporativismo que mina la capacidad de absorber el cambio que demandan los actores sociales.

Se afirma que los gobiernos están en problemas porque hay un distanciamiento muy grande entre el comportamiento de las instituciones y lo que espera la ciudadanía de ellas, lo cual lleva a la pérdida de la legitimidad de éstas y, en última instancia genera situaciones de ingobernabilidad”.⁶⁶

Durante este periodo las políticas sociales en México se definen por la racionalización de recursos, la centralización de competencias y funciones del gobierno federal a los gobiernos estatales y locales, tratando de ejecutar un nuevo modelo que termine con los intermediarios como lo son los sindicatos u organizaciones corporativas y poder así realizar acciones directas en la comunidad.

En 1983 el IMSS atendía al 79% de personas aseguradas en el país, esta institución en la actualidad sigue siendo la principal en brindar atención médica; en la década de los 80's el IMSS vio afectada su recaudación disminuyendo la calidad de los servicios e incrementando la cantidad de

⁶⁶ Hira de Gortari y Alicia Ziccardi, *op.cit.*, p. 220.

personas que los demandan, la tendencia actual en nuestro país es universalizar los servicios de salud.

“Con todo, la política social actualmente debe transitar por el camino de la descentralización, la participación social, la responsabilidad compartida con organizaciones sociales de la comunidad y las organizaciones no gubernamentales en general”.⁶⁷

El modelo del Estado Benefactor tuvo un choque importante en México en los gobiernos de Miguel de la Madrid (1982- 1988) y de Carlos Salina de Gortari (1988-1994) este último desarrolló la filosofía del liberalismo social, la implementación de políticas neoliberales encaminadas a terminar con el Estado de Bienestar para que el gobierno quedara únicamente como un administrador, puso en manos privadas y de empresarios la mayoría de las actividades productivas que anteriormente eran tarea del Estado. El Estado se contrajo y redujo al mínimo conservando sus líneas más esenciales.

Para comprender el proceso de reforma del Estado mexicano, de acuerdo con los planteamientos de René Millán y Francisco Valdés Ugalde en “La Reforma del Estado: Reflexiones sobre la política social”⁶⁸ se parte de que el Estado Mexicano posrevolucionario quiso desempeñar dos papeles ambiguos entre si: impulsar el desarrollo económico y a la par promover la justicia social.

La función del Estado, de acuerdo con dichos autores, se divide en tres vertientes: económica, política y social y para que exista el bienestar social

⁶⁷ Hira de Gortari y Alicia Ziccardi, *op.cit.*, p. 228.

⁶⁸ De acuerdo a lo planteado por los autores la reforma del Estado inicia en 1982 y continúa hasta la actualidad. René Millán y Francisco Valdés Ugalde, “La Reforma del Estado: Reflexiones sobre la política social” en R. Casas, *et. al. Las Políticas sociales de México en los años noventa*, México, Ed. Plaza y Valdés, UNAM, FLACSO, 1998, primera edición, primera reimpresión.

debe haber un equilibrio entre las tres; con la reforma el Estado, en el plano económico este ya no es el primer promotor del desarrollo económico y se vuelve un regulador estimulando las condiciones necesarias para que se cumplan los arreglos interinstitucionales y distribuyendo equitativa y racionalmente las oportunidades.

En el aspecto político se cambia la relación que se daba entre los agentes sociales y el Estado, trastocándose la organización corporativista como forma de distribuir bienes e intereses de parte de los sectores económicos; como resultado de ello cambian los fundamentos de la legitimidad política modificando también el papel y la esencia de la política social.

“De hecho se podría establecer que las dificultades para ajustar y viabilizar la política social obedecen, en una perspectiva contextual, al inacabado estado de las matrices económica y política”.⁶⁹

La política social en México en las últimas tres décadas ha opacado su desarrollo tratando de ser viable al ajustarse a los nuevos parámetros económicos, tales como el planteamiento de que el Estado no puede hacerse cargo solo de todas las variables que hacen posible el equilibrio social, existe también un principio de nula eficiencia respecto a las instituciones que administran las coberturas sociales por lo que se buscan otras instancias administrativas que hagan viable el diseño y aplicación de una política eficiente para toda la demanda social con pocos recursos.

El vacío en la cobertura y desarrollo de la política social en México se debe a las condiciones anteriormente descritas y a que el Estado no ha definido su grado de intervención social, a que la demanda de una política social consistente no ha sido cubierta por el sector empresarial y el mercado ya

⁶⁹ René Millán y Francisco Valdés Ugalde, *op.cit.*, p.146.

que se considera que su intervención es únicamente en forma de inversiones económicas y de empleo y por último, la demanda social y sus requerimientos son más heterogéneos.

Los problemas que la política social en las condiciones actuales tiene son: la asignación social de las responsabilidades que le competen, la cual no debe ser de facto sino derivada de una cultura política y de un acuerdo que considere reglas de equidad; del mismo modo la política social ya no cubre los estándares de la solidaridad social postrevolucionaria, pero no hay nuevos principios que la sustituyan, por lo que éstos deberían definirse considerando las circunstancias actuales.

Durante el periodo de Ernesto Zedillo de 1994 al año 2000 las políticas de austeridad y adelgazamiento del Estado de Bienestar siguieron caminando: “Del 1 de diciembre de 1994 al 31 de Julio del 2000, se concluyó la desincorporación de 111 entidades gubernamentales”.⁷⁰ A la entrada del Partido Acción Nacional (PAN) en la presidencia de la República del año 2002 a 2012 y en particular con el presidente Vicente Fox se realiza el Programa Oportunidades, en el IMSS se implementa el Programa IMSS Oportunidades, que focaliza las políticas sociales a los grupos más vulnerables y en pobreza extrema, dejando de lado el desarrollo de políticas encaminadas a que la población se empodere de herramientas para participar activamente en su propio bienestar.

Bertha Lerner Sigal en su ensayo “Globalización, Neoliberalismo y política social” incluido en el ya mencionado libro “Las Políticas Sociales de México en los años noventas” analiza las repercusiones de la globalización neoliberal en el terreno de las políticas sociales y el bienestar.

⁷⁰ María del Carmen Pardo, *Administración pública mexicana del siglo XX*, México Ed. Siglo XXI – Biblioteca Básica de Administración Pública, 2010, primera edición, p. 43.

Para Lerner el neoliberalismo se define por las siguientes características: en el aspecto económico por “la libre competencia en el mercado internacional de mercancías y el hecho de que esta competencia determine quiénes podrán exportar y sobrevivir para obtener las ganancias de dicha globalización (...) [en el aspecto político] en la transición de sociedades que funcionaban con base en esquemas socialistas y que comienzan a funcionar bajo el régimen de una economía de mercado (...) [y en el aspecto sociocultural] El neoliberalismo se manifiesta, además, en que las fronteras nacionales de la información y de la cultura comienzan a desaparecer y empieza a gestarse una integración cultural cada vez mayor entre sociedades disimiles”.⁷¹

Algunos de los efectos negativos que Lerner observa de la globalización en el terreno social es que se da un crecimiento económico con desempleo, lo que deriva en un crecimiento de la economía informal, debido a que el financiamiento y control de la política social tiende a dejarse en manos privadas, se aumentan los costos en rubros como educación y salud, la reducción de oportunidades educativas accesibles y el desempleo son una de las causas del alcoholismo y la drogadicción sobre todo en jóvenes.

Los servicios sociales que dejan de ser controlados por el Estado tienden a ser más caros ya que el Estado lo proporciona con fines de asistencia social y muchas veces con fines políticos por lo que son gratuitos, por el contrario los intereses privados son casi siempre económicos lo que encarece los servicios sociales en la globalización, estos cambios se legitiman argumentando que la administración privada de dichos servicios los hace más eficientes en beneficio de la población.

⁷¹ Bertha Lerner, “Globalización, Neoliberalismo y política social”, en R. Casas, *et. al. Las Políticas sociales de México en los años noventa*, México, Ed. Plaza y Valdés, UNAM, FLACSO, 1998, primera edición, primera reimpresión, p. 13.

Las consecuencias sociales negativas de la política económica han provocado que “los mismos promotores del neoliberalismo planteen propuestas de cómo avanzar en el desarrollo económico y social. La preocupación tanto de los liberales como de los no liberales gira en el mundo actual en torno a la manera de lograr que política económica y política social se compaginen”.⁷²

Lerner señala que “Debido a que los resultados que la estrategia neoliberal arroja son lentos y contradictorios tanto en la esfera económica como en la social, no parece conveniente depositar sólo en ésta el porvenir de los diversos Estados que integran el orden mundial (...) En lo social, la estrategia neoliberal ha significado para los países latinoamericanos procesos de empobrecimiento, deterioro y encarecimiento de los servicios sociales, lo que autoriza su cuestionamiento”.⁷³

Para Lerner América Latina no cuenta con las condiciones económicas objetivas para insertarse en el neoliberalismo y en la economía global, ya que este modelo beneficia a una minoría privilegiada en detrimento de la mayoría de la población. En estos países aún es indispensable “la presencia de un Estado interventor que administre y regule la transición y que se fortalezca y comience a preocuparse tanto por el crecimiento como por el bienestar de la población”.⁷⁴

“En muchos contextos del mundo, la planeación se ha circunscrito a trazar los planes perfectos desde el punto de vista técnico, sin tomar en

⁷² Bertha Lerner, *op. cit.*, p. 19.

⁷³ Bertha Lerner, *op. cit.*, p. 21.

⁷⁴ Bertha Lerner, *op. cit.*, p. 23.

consideración condiciones sociológicas y políticas que son las que hacen fracasar tales esfuerzos”.⁷⁵

En el neoliberalismo la sociedad civil y las fuerzas privadas se van haciendo responsables de lo social, sin embargo no parece legítimo que el Estado deje completamente en manos privadas la cuestión social, ya que “al intervenir en lo social suele reducir la desigualdad, los contrastes y apoyar a los sectores marginales, ofreciéndoles servicios gratuitos a bajo costos, mientras que las fuerzas privadas intervienen en lo social con la idea de obtener ganancia y no movidas por criterios igualitarios. También el Estado es el que puede poner en práctica ciertas políticas que tiene enorme influencia en la equidad y en el terreno social, lo que legitima no dejarlo al margen de tales prioridades.”⁷⁶

“La propuesta que la estrategia global neoliberal plantea de que la sociedad civil se encargue de la política social no es aceptable en esta coyuntura histórica. La estrategia global neoliberal plantea como tercera pauta que la política social se descentralice. Es decir, que los servicios sociales ya no estén en manos de un Estado central y que entidades federativas, municipios y pequeñas comunidades comiencen a supervisar dichas funciones”.⁷⁷

En el mismo sentido para Teresa Incháustegui y Alicia Martínez F.⁷⁸ actualmente la política social en el mundo está dejando su función

⁷⁵ Bertha Lerner, *op. cit.*, p. 23.

⁷⁶ Bertha Lerner, *op. cit.*, p. 26.

⁷⁷ Bertha Lerner, *op. cit.*, p. 28.

⁷⁸ Teresa Incháustegui y Alicia Martínez F. “Política Social y Cambios de Finales de Siglo: Contexto y Valores en la Relación con los Nuevos Actores”, en R. Casas, *et. al. Las Políticas sociales de México en los años noventa*, México, Ed. Plaza y Valdés, UNAM, FLACSO, 1998, primera edición, primera reimpresión.

redistributiva y el sustento laboral que tuvo durante el último medio siglo, y se dirige a los lineamientos dictados por organismos internacionales como el BM, el FMI y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), focalizando su atención a grupos altamente vulnerables; por otro lado las organizaciones civiles como ONG, organizaciones voluntarias, populares y redes ciudadanas se encaminan a proveer bienes y servicios autogenerados. Ante esta nueva relación entre el Estado, el mercado y la sociedad, la política social se modifica a partir de los años 80's con el riesgo seguir polarizando a los dos sectores sociales (ricos y pobres) sin resolver el problema de fondo del bienestar social, sin cambiar la esencia de las políticas sociales y sin diseñar un programa de reforma social.

Algunos de los nuevos referentes de la política social en lo económico son la conformación de bloques económicos que modifican la soberanía del Estado Nación y que hacen del desarrollo económico un proceso internacional que el Estado de un país ya no puede controlar por sí mismo, en el aspecto social se debe considerar que la estructura familiar nuclear se ha modificado debido a fenómenos sociales como el divorcio, la conformación de familias extensas o unipersonales, jefaturas de familias femeninas, las transformaciones sociales y culturales derivadas del uso de nuevas tecnologías y medios de comunicación que modifican los estilos de vida ampliando las redes sociales a nivel internacional y permitiendo que organizaciones ecologistas, feministas y de derechos humanos entre otros, se comuniquen al instante. Por todo lo anterior podemos esbozar el panorama actual de las políticas sociales que han cambiado sus referentes estructurales y culturales.

Debido a que el Estado no ha generado propuestas que solucionen las demandas de los actores y requerimientos sociales, se ha legitimado una estructura social desigual generada por la dinámica del mercado, mientras focaliza sus políticas de bienestar a las clases más pobres, los sectores

medios (producto del modelo de crecimiento con bienestar) han quedado excluidas de las políticas sociales gubernamentales.

Algunos aspectos que habían quedado afuera del trato de la política social como la sexualidad y el cuerpo, la calidad de vida, el hábitat, las relaciones con la naturaleza, los derechos humanos y la seguridad hoy son motivo de políticas públicas, en estos temas la sociedad ha empezado a intervenir en el diseño y gestión de las mismas haciendo de dichos problemas algo controlable.

“La limitación de los recursos financieros del Estado, la complejidad de necesidades de bienestar, y la amplitud de las organizaciones sociales ligadas a la provisión de satisfactores de bienestar, plantean una tendencia a la sustitución del aparato social benefactor hacia lo que podría llamarse una sociedad de bienestar (...) queda pendiente una nueva conceptualización del aparato social benefactor. El reto podría iniciarse con una codificación de algunas señales dispersas con las que contamos: equidad, eficacia, justicia, integración, participación, diferenciación, sustentabilidad”.⁷⁹

En este contexto en algunas esferas de importancia primordial como la salud, el Estado mantiene el desarrollo de políticas, una de las tareas que sigue atendiendo como problema de salud pública son las adicciones. Para ello ha creado una serie de Instituciones, Organizaciones, Centros y Consejos especializados en el problema, algunos de ellos son: los CIJ, el CENADIC, de reciente creación en el Gobierno del Distrito Federal está el Instituto para la Atención y Prevención de las Adicciones (IAPA), a través de estos el gobierno se responsabiliza de diseñar e implementar políticas para prevenir y controlar el problema de las adicciones.

⁷⁹ Teresa Incháustegui y Alicia Martínez F. *op. cit.*, p. 74.

Como resultado de lo anterior y considerando que las adicciones son un problema social con consecuencias nocivas trascendentes en la salud de los mexicanos, las Instituciones que forman parte del Sistema de Salud del Estado Mexicano como la Secretaría de Salud, el ISSSTE y IMSS también cuentan con Programas de atención, prevención y control de adicciones.

El caso del IMSS que ocupa a este trabajo, conjunta esfuerzos del área médica y del área de Prestaciones Sociales, esta última tiene un enfoque preventivo y de fomento a la salud esencialmente distinto a los programas del área médica que también tienen un enfoque de prevención como el Programa PREVENIMSS.

El IMSS y las Prestaciones Sociales encaminan sus políticas sociales, toda vez que previenen enfermedades, al ahorro del gasto público que se eroga por el Estado para curar, al trabajar en la prevención hay una consecuente reducción de la enfermedad y de los gastos que su tratamiento requiere; el problema de las adicciones puede ser abordado por diversos ángulos como lo son el jurídico, político, médico, entre otros. Este trabajo aborda el caso particular del Programa de Prevención y Control de Adicciones (PPCA) de los servicios y programas de Prestaciones Sociales del IMSS en sus aspectos sociales.

1.3 La Seguridad Social en México y las Prestaciones Sociales en el Instituto Mexicano del Seguro Social: Esencia y servicios.

Una de las secuelas de la Revolución Mexicana de 1910 fue el alto índice de morbilidad⁸⁰ y mortalidad⁸¹ que provocó en la población mexicana de los años treinta del siglo XX (1937), causando 426 760 defunciones de las que, el 82% fueron por enfermedades del aparato digestivo, por una deficiente alimentación y por infecciones parasitarias; las enfermedades respiratorias originadas por las malas condiciones de higiene en las viviendas representaban también un grave problema de salud en la época post revolucionaria.

En ese período se registró un alto índice de mortalidad infantil ya que, del total de nacimientos: 823 307, la mortandad llegó al 31%, es decir a 251,116 niños de los que, el 87% eran menores de 4 años; las causas de esas muertes fueron la falta de higiene y cuidados durante el embarazo, el parto y el post parto de las mujeres, quienes al igual que sus hijos requerían atención médica con las medidas sanitarias apropiadas. Las malas condiciones de vida de la población de esa época reflejaban un inexistente bienestar social.⁸²

Así, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) surgió por la necesidad de crear una política social orientada al cuidado de la salud.

⁸⁰ morbilidad: "proporción de personas que padecen los efectos de una enfermedad en un lugar y periodos determinados", s/autor, *Diccionario Enciclopédico Larousse*, México, Ed. Larousse, 2011, decimoséptima edición, p. 693.

⁸¹ mortalidad: "número de defunciones en una población o tiempo determinados", *Ibidem*. p. 696.

⁸² Véase: Gastón Martínez Matiella y Antonio Zedillo, "Instituto Mexicano del Seguro Social, 40 años de historia 1940-1983", Antonieta Alcaraz Jiménez, *et. al.*, *Colección Conmemorativa de Prestaciones Sociales, Por una Mejor Calidad de Vida 1956-2006*, México, s/editor, 2006. p.42.

Una de las promesas de la Revolución Mexicana para la clase trabajadora fue el derecho a la salud y a la seguridad social, los constituyentes reunidos en Querétaro en los años 1916 y 1917 comenzaron a estructurar en Ley dichas aspiraciones en la Fracción XXIX del artículo 123 de la constitución de 1917, decretando:

“Se considera de utilidad social; el establecimiento de cajas de seguros populares de invalidez, de vida, de cesación involuntaria del trabajo, de accidentes y otras con fines análogos, por lo cual, tanto el Gobierno Federal como el de cada estado deberán fomentar la organización de instituciones de esta índole para difundir e inculcar la previsión popular”.⁸³

Dos instrumentos de Justicia Social importantes para el siglo XX son, la Reforma Agraria y la Seguridad Social, el Instituto Mexicano del Seguro Social es el instrumento básico de esta última; los gobiernos de Álvaro Obregón y Plutarco Elías Calles realizaron los proyectos de ley que anteceden a la creación del Seguro Social en México; durante el sexenio de Emilio Portes Gil el 6 de Septiembre de 1929 se publicó, en el Diario Oficial de la Federación, la Reforma al artículo 123 que da pauta a la expedición de la Ley del Seguro Social (LSS).

El 23 de Diciembre de 1942 la Cámara de Diputados aprobó la Ley del Seguro Social y el 19 de Enero de 1943, ésta se promulgó y publicó en el Diario Oficial de la Federación durante el sexenio del Presidente Manuel Ávila Camacho.

⁸³ Benito Coquet “La seguridad social en México”, s/autor, *Arte y arquitectura del Instituto Mexicano del Seguro Social*, México, editado Instituto Mexicano del Seguro Social, Artes de México, 2006, primera edición, p. 21.

En su nacimiento, el Instituto Mexicano del Seguro Social tuvo que enfrentar las inconformidades de los grupos patronales y empresariales, los cuales argumentaban que las cuotas que debían pagar al Instituto eran muy altas; del mismo modo, el sector obrero se encontraba inconforme ya que los descuentos aplicados semanalmente a su salario no se percibían como un beneficio. Esa falta de conocimiento respecto a la utilidad del Seguro Social motivó que los trabajadores empezaran a solicitar el servicio en forma indiscriminada a exigiendo medicamentos que no usaban, encareciendo los costos del Seguro Social.⁸⁴

1.3.1 Marco Normativo de los servicios de Prestaciones Sociales.

La Ley del Seguro Social en el Título Primero, señala que la Ley aplica en toda la República Mexicana; también indica que el objetivo de la Seguridad Social es garantizar el derecho a la salud, (contenido en el artículo 4to de la Constitución Mexicana),⁸⁵ la asistencia médica, los medios de subsistencia y los servicios sociales, enfocados al bienestar individual y colectivo.

Para ejecutar los programas y servicios de la Seguridad Social fue creado el Instituto Mexicano del Seguro Social que es un Organismo Público Descentralizado, que tiene carácter Nacional y otorga servicios públicos y en el que concurren los sectores público, social y privado, por lo que el

⁸⁴ Gastón Martínez Matiela, *op. cit.* s/p.

⁸⁵ Artículo 4to de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos: "(...) toda persona tiene derecho a la protección de la salud. la ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta constitución", (adicionado mediante decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación el 03 de febrero de 1983), Dirección URL: <http://info4.juridicas.unam.mx/ijure/fed/9/5.htm?s> [consulta: 11 de Mayo de 2012].

Instituto Mexicano del Seguro Social es la institución que organiza y administra la Seguridad Social en México.⁸⁶

El IMSS brinda Prestaciones Médicas, Sociales y de Solidaridad Social, las Prestaciones Sociales buscan promocionar la salud, prevenir riesgos y enfermedades y mejorar la economía familiar.⁸⁷

El Seguro Social comprende el régimen obligatorio y el régimen voluntario; los cuales están diseñados para cubrir las contingencias que pudieran presentarse y que desestabilizarían al trabajador en su economía y su salud. El régimen obligatorio proporciona sus servicios mediante prestaciones en especie y dinero, dichas prestaciones deben ser dirigidas a los asegurados y a sus beneficiarios, las prestaciones son individuales y no transferibles.⁸⁸

La Ley del Seguro Social en el capítulo VII denominado “Del Seguro de Guarderías y de las Prestaciones Sociales” aborda en la Sección “Del ramo de las Prestaciones Sociales” lo concerniente a los objetivos de los servicios y programas de las Prestaciones Sociales.

Las Prestaciones Sociales, de acuerdo al artículo 208 de la LSS, comprenden las Prestaciones Sociales Institucionales (PSI) y las Prestaciones de Solidaridad Social, las PSI se ejecutan a través de las Unidades Operativas de Prestaciones Sociales Institucionales (UOPSI) con la finalidad de concretar las funciones establecidas en los Artículos 209 y 210 de la Ley y son a las que nos referiremos en este trabajo:

⁸⁶ Ley del Seguro Social, *Título primero: Disposiciones Generales, Capítulo único*, [en línea], artículos del 1 al 5, p. 1, publicada en el DOF el 21 Diciembre de 1995. Dirección URL: www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/92.pdf [consulta: 11 de Mayo de 2012].

⁸⁷ Véase *Ley del Seguro Social. Ibidem*.

⁸⁸ *Ley del Seguro Social. op. cit.* Artículos 6, 7 y 10, p. 3.

“Artículo 209. Las Prestaciones Sociales Institucionales tienen como finalidad fomentar la salud, prevenir enfermedades y accidentes y contribuir a la elevación general de los niveles de vida de la población.

El Instituto proporcionará atención a sus derechohabientes mediante servicios y programas de Prestaciones Sociales que fortalezcan la medicina preventiva, el autocuidado de la salud y mejoren su economía e integridad familiar”.⁸⁹

El régimen obligatorio del Seguro Social, comprende 5 seguros:

- I. Riesgos de trabajo;
- II. Enfermedades y maternidad;
- III. Invalidez y vida;
- IV. Retiro, cesantía en edad avanzada y vejez, y
- V. Guarderías y prestaciones sociales.

⁸⁹ *Ley del Seguro Social, op. cit.* Sección segunda “Del ramo de las prestaciones sociales”, Artículo 209, p. 52.

Cuadro 1. Marco Normativo de las Prestaciones Sociales del IMSS

<p>Objetivo de las Prestaciones Sociales en la Ley del Seguro Social Artículo 210</p>	<p>I. Promoción de la salud, difundiendo los conocimientos necesarios a través de cursos directos, conferencias y campañas de bienestar, cultura y deporte, y del uso de medios masivos de comunicación</p>	<p>II. Educación higiénica, materno infantil, sanitaria y de primeros auxilios; prevención de enfermedades y accidentes;</p>	<p>III. Mejoramiento de calidad de vida a través de estrategias que aseguren costumbres y estilos de vida saludables, que propicien la equidad de género, desarrollen la creatividad y las potencialidades individuales, y fortalezcan la cohesión familiar y social;</p>	<p>IV. Impulso y desarrollo de actividades culturales y deportivas, recreativas y de cultura física y en general, de todas aquéllas tendientes a lograr una mejor ocupación del tiempo libre;</p>	<p>VI. Cursos de adiestramiento técnico y de capacitación para el trabajo, a fin de propiciar la participación de la población en el mercado laboral, de lograr la superación del nivel de ingresos a los capacitados y contribuir a la satisfacción de las necesidades de la planta productiva. Dichos cursos podrán ser susceptibles de validación oficial; VIII. Superación de la vida en el hogar, a través de un adecuado aprovechamiento de los recursos económicos, de mejores prácticas de convivencia.</p>
<p>Estrategias y Objetivos de Prestaciones Sociales</p>	<p>➤ Promoción de la Salud</p> <p>➤ Prevención de Enfermedades y accidentes: Desarrollar hábitos y prácticas saludables que prevengan las enfermedades, adicciones y accidentes; difusión y promoción de los derechos de personas en vulnerabilidad</p> <p>➤ Programas Específicos para la Atención Social de Pacientes Referidos por el Área Médica (Coordinación con el área médica): Su objetivo es fortalecer el autocuidado de la salud, mejorar su capacidad física, mejorar hábitos de alimentación, concientizando y asumiendo responsablemente su enfermedad y las acciones que puedan mejorar su salud y nivel de vida</p>				<p>Fortalecimiento de la Economía Familiar: Su objetivo es Capacitarse para obtener ahorros en su hogar, satisfacer las necesidades familiares, obtener ingresos extras o capacitarse para</p>
<p>Divisiones que desarrollan la estrategia</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ División de Bienestar Social ❖ División de Deporte y Cultura Física ❖ División de Desarrollo Cultural 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ División de Bienestar Social ❖ División de Deporte y Cultura Física 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ División de Bienestar Social ❖ División de Deporte y Cultura Física ❖ División de Desarrollo Cultural 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ División de Deporte y Cultura Física ❖ División de Desarrollo Cultural 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ División de Capacitación y Adiestramiento Técnico ❖ División de Desarrollo Cultural

⁹⁰ Cuadro creación propia con información de la Ley del Seguro Social y el manual de la DPES.

La Dirección General del IMSS se divide, para su administración, en siete Direcciones: La Dirección de Administración y Evaluación de Delegaciones, Dirección de Finanzas, Dirección de Incorporación y Recaudación, Dirección de Innovación y Desarrollo Tecnológico, Dirección Jurídica, la Dirección de Prestaciones Médicas y la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales.⁹¹

De acuerdo al Manual de Organización de la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales del 24 de Junio del 2011 la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales (DPES) está integrada por una estructura de cuatro coordinaciones: La Coordinación de Prestaciones Económicas, La Coordinación de Prestaciones Sociales, La Coordinación de Servicios de Ingreso y la Coordinación de Guarderías, así como un Departamento Administrativo.⁹²

Conforme lo establecido en el referido manual: “Con los servicios de prestaciones sociales, se persigue fomentar la salud, prevenir enfermedades y accidentes, y contribuir a elevar los niveles de vida de la población, mediante la promoción y aplicación de programas, cursos, pláticas, campañas, eventos y actividades de bienestar social, desarrollo cultural, de deporte y cultura física y capacitación y adiestramiento técnico para el trabajo”.⁹³

⁹¹ Instituto Mexicano del Seguro Social sitio web, *Estructura Orgánica del IMSS* [en línea], Dirección URL: http://portaltransparencia.gob.mx/pot/estructura/showOrganigrama.do?method=showOrganigrama&_idDependencia=641 [consulta: 14 de Mayo de 2012].

⁹² El reglamento interior del Instituto Mexicano del Seguro Social publicado el 18 de Septiembre 2006 en el Diario Oficial de la Federación, conforme a su artículo 81 fortalece las facultades de la DPES quedando integrada por 4 Coordinaciones y un Departamento Administrativo.

⁹³ Instituto Mexicano del Seguro Social sitio web, *Manual de Organización de la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales*, Autorizado por el entonces Titular de la DPEyS, Lic. Israel Raymundo Sevilla Gallardo, validado y registrado por la Coordinación de Organización el 24 de Junio de 2011 con el folio 058, [en línea], Dirección URL: <http://www.imss.gob.mx/instituto/normatividad/normas/Pages/index.aspxhttp://www.imss.gob.mx/instituto/normatividad/normas/Pages/index.aspx> [consulta: 6 de Mayo 2012], p. 5.

Organigrama Estructural de la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales.



94

El Seguro de Prestaciones Sociales es implementado por la Coordinación de Prestaciones Sociales (CPS).

El Departamento de Prestaciones Sociales, hoy Coordinación de Prestaciones Sociales, fue creado durante la administración del Lic. Benito Coquet en 1956 y desde su fundación se encargó del estudio, programación y reorganización de las funciones encomendadas a las antiguas Casas de las Aseguradas. El objetivo era consolidar las funciones de las Casas, ampliando sus programas y servicios, y redimensionar sus objetivos a las aspiraciones de desarrollo económico y social del país.⁹⁵

⁹⁴ Instituto Mexicano del Seguro Social sitio web, *Manual de Organización de la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales*, [en línea], *Ibidem*. apartado 7. "Organogramas estructurales" p. 12.

⁹⁵ Miguel García Cruz, "La Seguridad Social en México", Compiladores: Antonieta Alcaraz Jiménez, *et. al, op. cit.*, Tomo II, capítulo VI: "Centros de Seguridad Social para el Bienestar Familiar", s/p.

En el año 2002 se reordenaron las divisiones que componen la Coordinación quedando de la siguiente manera:

Organigrama Estructural de la Coordinación de Prestaciones Sociales



La Coordinación de Prestaciones Sociales tiene la función de establecer los planes y programas para los servicios de Prestaciones Sociales Institucionales, los que deben responder a las necesidades de la población derechohabiente y abierta.

La celebración de los convenios que competen al Programa de Prevención y Control de Adicciones (PPCA) del IMSS entran en la función de la DPES que tiene la facultad de celebrar convenios de colaboración y concertación con dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, Estatal, del Distrito Federal y municipales, así como con Organismos

⁹⁶ Instituto Mexicano del Seguro Social sitio web, *Manual de Organización de la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales*, [en línea], *op.cit.*, p. 14.

Nacionales e Internacionales para el desarrollo de los programas de PSI, dichos convenios se analizan en el capítulo 3 de este trabajo.

El Programa de Prevención y Control de Adicciones también cumple con la función de coordinar las acciones de vinculación de servicios de Prestaciones Sociales con los programas de Prestaciones Médicas, debido a que este programa se enlaza con el área médica en su desarrollo.

Una de las funciones de la División de Bienestar Social es: “Elaborar programas para el otorgamiento de los servicios en materia de bienestar social, con base en estudios y cambios socio demográficos perfiles epidemiológicos y factores de riesgo”.⁹⁷

Como se verá en el siguiente capítulo, el problema de la adicción a sustancias en la sociedad mexicana en los últimos años ha venido aumentando de manera gradual, lo que convierte a las adicciones en un factor de riesgo importante para la salud de los mexicanos, del mismo modo los cambios socio demográficos que se han venido observando respecto al número de niños, adolescentes y jóvenes que se vuelven adictos al alcohol, al tabaco o a sustancias psicoactivas hace necesaria la elaboración y operación de un programa dirigido a la prevención de adicciones.

El punto de “Promover y difundir los programas y servicios de bienestar social en todos los ámbitos y sectores de la población”⁹⁸ es motivo de análisis en el tercer capítulo de la presente Tesina.

⁹⁷ Instituto Mexicano del Seguro Social sitio web, *Manual de Organización de la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales*, [en línea], *op.cit.*, p. 29.

⁹⁸ Instituto Mexicano del Seguro Social sitio web, *Manual de Organización de la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales*, [en línea], *op.cit.*, p. 30.

El Manual señala que la División de Bienestar Social debe diseñar y elaborar materiales educativos en materia de fomento a la salud, bienestar social y atención a personas con discapacidad, adultos mayores, pueblos indígenas y grupos vulnerables, los documentos normativos que sirven para la operación del programa son: El Manual de Prácticas para el Desarrollo del Taller de Ayuda para dejar de fumar y el Manual de Prácticas para el Taller de Prevención de Adicciones.

Otro documento normativo de importancia para analizar las funciones de la Coordinación de Prestaciones Sociales es la “Norma que establece las Disposiciones para el Otorgamiento de los Servicios de Prestaciones Sociales Institucionales”.

La Norma define las disposiciones para el otorgamiento de los servicios de Prestaciones Sociales Institucionales, y su ámbito de aplicación es, el Nivel Normativo, Delegacional y Operativo de Prestaciones Sociales.

1.3.2. Esencia y servicios de las prestaciones sociales en el IMSS.

Las Prestaciones Sociales en sus inicios se otorgaban a través de las Casas de la Asegurada, las que en principio tenían el objetivo de servir como sede a los clubs que ya funcionaban en los pasillos de las clínicas de medicina familiar y donde las mujeres se reunían para desarrollar cursos, talleres, pláticas y actividades educativas en general, las que tenían el objetivo de liberar a la mujer en lo económico, espiritual y social, mediante la educación.

La creación de las Casas de la Asegurada derivó en la institucionalización de las prestaciones sociales.

En el año de 1956 se anunció la creación de las casas de la asegurada, que son las primeras instalaciones de lo que hoy son los Centros de Seguridad Social, y dos meses después se inauguraron 14 casas en diferentes Estados de la República. En el año de 1958 a través de un Informe Presidencial fue mencionada la fundación de 73 de estas casas.⁹⁹

Las Prestaciones Sociales del IMSS han sido utilizadas por los Gobiernos Federales como parte de su política social y se han orientado a mejorar las condiciones económicas, sanitarias, sociales y culturales de la población, proporcionando capacitación para el trabajo, orientación sobre el empleo del tiempo libre en actividades positivas y actividades complementarias de la educación, recreativas y para el bienestar social.

A lo largo de su desarrollo los servicios de Prestaciones Sociales se han otorgado en diversas sedes, durante 1960 lo hicieron a través de las Casas de la Asegurada, las que después se transformaron en Centros de Seguridad Social para el Bienestar Familiar (CSSBF), las Casas de la Asegurada enfocaban su atención a las mujeres por que se consideraban el núcleo del hogar y quienes debían promover los cambios en la familia, la primicia de los CSSBF era que la familia es la institución social por excelencia en la que se inicia el bienestar familiar, que después puede resultar en Bienestar Social.¹⁰⁰

Los Centros de Seguridad Social para el Bienestar Familiar dirigían sus servicios a las mujeres e hijas de la población en general ya que se consideraba que ellas eran el núcleo principal del hogar, situación que ha venido cambiando con la incorporación de las mujeres al mercado laboral.

⁹⁹ Gastón Martínez Matiela, *op. cit.* p.45.

¹⁰⁰ Gastón Martínez Matiela, *op. cit.* p. 62.

En el año de 1978 los Centros de Seguridad Social para el Bienestar Familiar se convirtieron en Centros de Seguridad Social y Capacitación Técnica y los programas y objetivos se adecuaron a las necesidades del país en esos tiempos, enfocándose a la reeducación de la mujer para que pudieran organizar y proteger de mejor forma los recursos económicos familiares.

En el año de 1962 la política del IMSS se adecuó nuevamente a las circunstancias que se vivían en México, transformándose en Centros Juveniles de Seguridad Social considerando que el crecimiento demográfico requería de mano de obra calificada en aquel periodo de desarrollo industrial, por lo que las Prestaciones Sociales tomaron la tarea de capacitar a los jóvenes para el desarrollo del país.

En el año de 1965, se realizó una reestructuración de los programas de los Centros de Adiestramiento Técnico, cambiando su denominación al agregarles el componente de capacitación para el trabajo, lo anterior respondía a las necesidades del país para que hubiera una preparación del personal enfocada a enfrentar las necesidades de las diversas áreas económicas.

En el año de 1967, el IMSS incursionó en la capacitación hotelera creando los Centros de Capacitación para la Industria Hotelera, en los que se formaba a personas encaminadas a incorporarse en los sectores productivos hoteleros y gastronómicos, lo anterior debido al impulso que se le dio en México al sector turístico en esa época, contribuyendo a la formación de empleos en ese rubro.

En el año de 1979, se consolidó la reestructuración de los Centros de Seguridad Social y Capacitación Técnica incluyéndose los conocimientos relativos a las ramas hoteleras y gastronómicas.¹⁰¹

En 1983, se reestructuraron los programas de los Centros de Seguridad Social y Capacitación Técnica; considerando la crisis que afrontaba el país algunos de sus programas se orientaron a la mejora de la calidad del nivel de vida, a alcanzar una mejor convivencia comunitaria y a crear un mayor equilibrio social.

La economía familiar se apoya mediante la modificación de hábitos y patrones de consumo; fomentándose el desarrollo integral del individuo con actividades de orientación nutricional, medicina preventiva, rehabilitación y otras, y se amplía el acceso a las instalaciones para dar a la población una participación mayor en actividades culturales y recreativas para que el uso del tiempo libre se optimice.

Los servicios de Prestaciones Sociales del IMSS se proporcionan a la población mexicana, derechohabiente o no derechohabiente ya que es un seguro al que pueden acceder tanto asegurados como no asegurados, a través de las entidades denominadas Unidades Operativas de Prestaciones Sociales Institucionales (UOPSI), del mismo modo que el Área Médica proporciona sus servicios o prestaciones médicas a través de las Unidades de Medicina Familiar (UMF), los Hospitales Generales Regionales (HGR) y las Unidades Médicas de Alta Especialidad (UMAE).

Las UOPSI se refieren a: los Centros de Seguridad Social (CSS) que son unidades operativas propias del Instituto, con presupuesto y personal

¹⁰¹ Gastón Martínez Matíela, *op. cit.*, p. 61-64.

institucional, donde se otorgan cursos, talleres y actividades de bienestar social, desarrollo cultural, deporte y cultura física, así como capacitación y adiestramiento técnico; los Centros de Extensión de Conocimientos de esquema tradicional (CEC) que son los que se encuentran ubicados fuera de las UOPSI, pero dentro del área de su influencia, en empresas, unidades médicas del IMSS, escuelas, unidades habitacionales y en espacios de la comunidad; no cuentan con plantilla mínima ni presupuesto y operan con personal voluntario, en ellos se imparten talleres, campañas y pláticas sin costo para los usuarios de los servicios; están también los Centros de Extensión de Conocimientos de Esquema Modificado (CECEM), los Centros de Seguridad Social Participativo (CSSP), los Centros de Bienestar Social (CEBIS), las Unidades Deportivas (UD), los Centros de Artesanías y Artes Plásticas (CAAP), los Teatros y 1 Centro Cultural.¹⁰²

Actualmente¹⁰³ las Prestaciones Sociales cuentan con las siguientes Unidades Operativas a través de las que otorga sus servicios: 120 Centros de Seguridad Social, 12 Unidades Deportivas, 38 Teatros, 35 Auditorios al aire libre, 1 Centro Cultural, 3 Centros de Artesanías, 243 Unidades Operativas, 637 Instalaciones Deportivas y 1,192 Centros de Extensión de Conocimientos (CEC).

La infraestructura de las Prestaciones Sociales tiene un gran potencial para otorgar sus servicios a la población mexicana, sin embargo: “a pesar de la amplia gama de servicios que hoy día ofrecen las Prestaciones Sociales en

¹⁰² Instituto Mexicano del Seguro Social sitio web, *Norma 3000-001-014: Norma que establece las disposiciones para el otorgamiento de los Servicios de Prestaciones Sociales Institucionales*, apartado 5. Definiciones, autorizado por el entonces Titular de la DPEyS, Lic. Israel Raymundo Sevilla Gallardo, validado y registrado por la Unidad de Organización y Calidad el 27 de Diciembre de 2011 folio 015, [en línea], Dirección URL: <http://www.imss.gob.mx/instituto/normatividad/normas/Pages/index.aspx><http://www.imss.gob.mx/instituto/normatividad/normas/Pages/index.aspx>, [Consulta: 6 de Mayo 2012] p. 4.

¹⁰³ Datos al 1 de Junio de 2012.

las Unidades Operativas, muestran la percepción generalizada de que la infraestructura se encuentra en alto grado subutilizada, situación que ha dado pie a la invasión de áreas destinadas a las Prestaciones Sociales y al desplazamiento hacia otros inmuebles en condiciones inferiores desalentando la participación de los usuarios”.¹⁰⁴ Dicha situación será analizada específicamente en el caso del PPCA en el Capítulo 3.

¹⁰⁴ Coordinación de Prestaciones Sociales del IMSS, *Criterios Técnicos para la Programación Anual de Actividades y Servicios de Prestaciones Sociales 2012*, México D.F., documento interno de trabajo s/editorial, 2012, p. 2.

Nota: Los Criterios Técnicos son un documento que contiene los lineamientos generales, de estructura y operativos que deberán guiar a las UOPSI hacia una adecuada planeación de los servicios que ofrecen a derechohabientes y público en general.

CAPÍTULO 2. LAS ADICCIONES COMO UN PROBLEMA SOCIAL Y DE SALUD PÚBLICA EN MÉXICO.

2.1 Las adicciones al Tabaco, Alcohol y Sustancias psicoactivas, daños sociales y en la salud.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) droga es “toda sustancia que, introducida en un organismo vivo, pueda modificar una o varias de sus funciones”. En 1982, precisó las sustancias que producen dependencia, definiendo como droga “aquella con efectos psicoactivos (capaz de producir cambios en la percepción, el estado de ánimo, la conciencia, y el comportamiento) susceptible de ser auto-administrada, que alteran una o varias de las funciones psíquicas, inducen a las personas que las toman a repetir su auto-administración, por el placer que generan. No tienen ninguna indicación médica y, si la tienen pueden utilizarse con fines no terapéuticos”.¹⁰⁵

Respecto a lo que es una adicción, el Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC) hace la distinción entre el manejo de los términos *uso* y *abuso* de sustancias, la que depende en gran medida del carácter legal de la producción, adquisición y uso con fines de intoxicación.

En el caso de las drogas ilegales, se considera cualquier uso como abuso de la sustancia. El abuso se caracteriza por:

¹⁰⁵ CONADIC - DIF- Secretaría de Salud, *Prevención de las adicciones y promoción de conductas saludables, Guía para el promotor de Nueva Vida*, [en línea], 144 pp., México D.F., Dirección URL: http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/nueva_vida/nv1e_prevencion.pdf [Consulta: 19 de Mayo 2012], p. 16.

- El consumo continuo de la sustancia psicoactiva a pesar de que el sujeto sabe que tiene un problema social, laboral, psicológico o físico, persistente o recurrente, provocado o estimulado por él; y
- El consumo recurrente de la sustancia en situaciones en que resulta físicamente arriesgado.
- El diagnóstico se establece sólo si algunos síntomas de la alteración han persistido durante un mes como mínimo, o bien han aparecido repetidamente por un tiempo prolongado, y cuando el individuo no tiene el diagnóstico de dependencia.¹⁰⁶

Otra de las distinciones en lo que es el uso y abuso se determinan considerando la cantidad, frecuencia y consecuencias del consumo, y se miden a través de indicadores tales como la ingestión por persona, los patrones de consumo y los problemas asociados (enfermedades, accidentes, conductas antisociales, etcétera).

Para CONADIC una adicción es la dependencia fisiológica y/o psicológica a alguna sustancia psicoactiva legal o ilegal, provocada por el abuso en el consumo y que causa una búsqueda ansiosa de la misma.

Para la OMS, definida en 1964, la adicción es un estado de intoxicación periódica o crónica producida por el consumo repetido de una droga natural o sintética y presenta las siguientes características:

- Deseo dominante de continuar tomando la droga y obtenerla por cualquier medio.
- Tendencia a incrementar la dosis.
- Dependencia física y generalmente psicológica, con síndrome de abstinencia si se retira la droga.
- Efectos nocivos para el individuo y para la sociedad.

¹⁰⁶ CONADIC *et. al.*, *op.cit.*, p. 16.

“El ‘síndrome de abstinencia o dependencia’ se refiere a un conjunto de manifestaciones fisiológicas, del comportamiento y cognitivas que se desarrollan tras el consumo repetido de sustancias psicotrópicas y entre las que se incluye normalmente un fuerte deseo de consumir la droga, dificultades para controlar el consumo, la persistencia en el consumo de la sustancia a pesar de las consecuencias perjudiciales, una mayor prioridad dada al consumo de drogas que a otras actividades y obligaciones, una tolerancia aumentada y a veces un estado físico de abstinencia”.¹⁰⁷

Durante 1982, la OMS define la dependencia como un síndrome que implica un esquema de comportamiento en el que se establece una gran prioridad para el uso de una o varias sustancias psicoactivas determinadas, frente a otros comportamientos considerados habitualmente como más importantes.¹⁰⁸

De acuerdo a las consideraciones anteriores realizadas por CONADIC y la OMS, se puede incidir que una adicción reduce de manera importante el resto de las realizaciones del individuo y de acuerdo a lo revisado por Amartya Sen reduce entonces el bienestar de las personas, repercutiendo negativamente en la salud de quienes la consumen y de quienes le rodean porque se presentan una serie de cambios en el comportamiento que dañan la consecución cotidiana de las actividades laborales, educativas, de relaciones interpersonales y en todos los aspectos de la vida de las personas; lo anterior impacta negativamente en la familia y entorno de la persona con adicción generando problemas sociales considerables.

¹⁰⁷ Organización Mundial de la Salud, *Tratamiento farmacológico de los trastornos mentales en la atención primaria de salud*, [en línea], 80 pp., Washington, D.C., EE.UU., Dirección URL: www.who.int/entity/mental_health/management/psychotropic_book_spanish.pdf [Consulta: 19 de Mayo 2012], p. 47.

¹⁰⁸ CONADIC, *et. al., op.cit.*, p. 23.

2.1.1 La adicción a sustancias, un problema de salud pública.

Para los fines de esta tesina y considerando la división que se hace de adicciones en el PPCA, se consideran las siguientes adicciones: al tabaco o tabaquismo; al alcohol o alcoholismo; a sustancias psicoactivas o drogadicción, se revisa lo que el programa define para cada una de ellas.

a) Adicción al tabaco

Algunas de las características del Tabaquismo en México:

- Fuma uno de cada cinco mexicanos; están expuestos al Humo de Tabaco ajeno cerca de 11 millones de quienes nunca han fumado.
- Los fumadores consumen en promedio 7 cigarros al día.
- La edad de inicio es 17 años en promedio, pero está bajando; en adolescentes es 13 años.
- 2 de cada 3 fumadores quisieran dejar de fumar; la mitad lo ha intentado sin tener éxito.
- Es causa de 60,000 muertes cada año (165 diarias, 1 cada 9 minutos)
- Representa \$45 mil millones de pesos en costos directos al año; los indirectos, solamente entre asegurados del IMSS: 1 millón 38 mil días-hombre no trabajados, se erogaron 144 millones de pesos y dejaron de cobrarse más de 458 millones de pesos; además de los intangibles, como el dolor, sufrimiento y baja productividad.¹⁰⁹

Respecto a los daños que el tabaquismo causa en la salud, el mismo documento expone que de acuerdo a la OMS la considera la 1ª causa de muerte prevenible en el mundo. Algunos de los padecimientos graves que ocasiona y que son crónicos, progresivos, incapacitantes y que provocan muerte prematura son:

¹⁰⁹ Roberto Karam Araujo, *Programa de Prevención y control de Adicciones*, documento interno de trabajo, México D.F., s/editorial, 2010, s/pág.

- Infarto al corazón
- Embolias o hemorragias cerebrales
- Enfisema Pulmonar (EPOC)
- Partos prematuros
- Falta de oxigenación (retraso mental)
- Cáncer de: vejiga, pulmón, tráquea, bronquios, laringe y otros.
- Impotencia sexual con efectos en el desarrollo de la vida.¹¹⁰

b) Adicción al alcohol

El alcoholismo es una enfermedad crónica, progresiva, incurable y mortal pero que se puede controlar, se caracteriza por la pérdida del control sobre el uso del alcohol que es la sustancia adictiva más consumida por los mexicanos. La adicción al alcohol causa miles de muertes en todo el mundo, y en México, cada hora muere una persona por su causa.

Su abuso causa cirrosis hepática, úlceras, hemorragia y daño cerebral, psicosis, dificultades para lograr la erección, pérdida del control (embarazos no deseados, riesgo de contraer ETS), discapacidad o muerte, se considera un problema de salud pública debido a que:

- Ocasiona más de 35 mil accidentes viales cada año
- Causa una de cada 4 muertes violentas entre adolescentes
- Ha estado como causa principal de mortalidad en hombres jóvenes durante los últimos 50 años.

¹¹⁰ Roberto Karam Araujo, *op.cit.*, s/pág.

La OMS considera que de 2 mil millones de personas que consumen bebidas alcohólicas, 76 millones abusan de ellas, el alcohol provoca 2.3 millones de muertes prematuras (3.7% de todas las muertes y 4.4% de todas las enfermedades).¹¹¹

Por otro lado está ampliamente documentado que el consumo de alcohol, facilita fumar y consumir otras drogas.

c) Adicción a sustancias psicoactivas

Respecto al uso, abuso y dependencia a Drogas Ilegales y Médicas, se describen los siguientes datos:

- Su uso ha aumentado de 5% en 2002 a 5.7% en 2008 entre la población de los 12 y 65 años de edad (alcanza 9.1% si sólo se considera a los hombres).
- Actualmente hay entre 155 y 250 millones de usuarios a nivel mundial

La forma en que la población percibe a las personas con dependencia a sustancias psicoactivas es:

- 59% consideró que los adictos son personas enfermas
- 60% estuvo de acuerdo en que necesitan ayuda
- 31% los considera personas débiles
- 19% los percibe como delincuentes.¹¹²

¹¹¹ The Lancet, *Alcohol misuse needs a global response*, [en línea], The Lancet, vol. 373, issue 9662 feb.09, 433 pp., Reino Unido, 7 February 2009, Dirección URL: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(09\)60146-X/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(09)60146-X/fulltext) [consulta: 30 mayo de 2012].

¹¹² Datos de la Encuesta Nacional de Adicciones 2008 en: Roberto Karam Araujo, *op.cit.*, s/pág.

Algunas de las características de las adicciones por sustancia, sus efectos y consecuencias en la salud, de acuerdo a CONADIC las encontramos en el siguiente cuadro:

Cuadro 3. Descripción de Sustancias psicoactivas y sus efectos.

Sustancia psicoactiva	Efectos	Consecuencias en la salud
Alucinógenos		
<p>Marihuana. Se obtiene de una planta llamada cannabis, cuyas hojas de color verde, largas, estrechas y dentadas son trituradas; en ocasiones se mezclan las semillas y tallos de la planta. Comúnmente se fuma en cigarrillos elaborados en forma rudimentaria. El hachís es una preparación de la resina gomosa de las flores de las plantas hembra de la cannabis.</p>	<p>Enrojecimiento de ojos, incremento de la frecuencia cardiaca, risa incontrolable sin motivo aparente, habla exagerada, exaltación de la fantasía, sueño, sensación de que el tiempo transcurre lentamente y hambre.</p>	<p>Trastornos de la memoria, sudoración, sueño, apatía, desinterés, disminución de la motivación, deterioro de las relaciones interpersonales. Su abuso puede desencadenar “trastornos mentales” latentes.</p>

Sustancia psicoactiva	Efectos	Consecuencias en la salud
Estimulantes		
<p>Cocaína. La cocaína se obtiene de una planta llamada coca; tiene el aspecto de un polvo esponjoso, blanco y sin olor. El crack es un derivado de la base con la que se produce la cocaína, que genera una reacción rápida al ser fumado.</p>	<p>Euforia, excitación, ansiedad, hablar con exageración, dilatación de pupilas, aumento de la presión sanguínea, alucinaciones y delirios de persecución.</p>	<p>Pérdida de peso, debilidad física, convulsiones, alucinaciones, excitabilidad, trastornos circulatorios, perforación de tabique nasal y muerte por insuficiencia cardiaca.</p>
<p>Anfetaminas y metanfetaminas. Se presentan en tabletas o cápsulas de tamaño, forma y color diferentes. Se trata de potentes estimulantes fabricados en laboratorio que se venden por lo general en trozo o en polvo, de forma que pueden ser inhalados, tragados, inyectados o fumados mediante una pipa.</p>	<p>Excitación, hiperactividad, temblor de manos, sudoración abundante, insomnio, disminución del apetito, angustia, nerviosismo y depresión. Su efecto es muy rápido (unos cuantos segundos), lo que intensifica la sensación de energía acelerada; cuando disminuye el efecto se puede experimentar paranoia y agresión.</p>	<p>Irritabilidad, agresividad, fiebre, euforia, resequead de boca y nariz, náuseas, vómito, temblor, convulsiones, trastornos del pensamiento, alucinaciones, delirios de persecución y alteraciones cardiacas. El uso crónico genera alucinaciones, desórdenes mentales y emocionales, e incluso la muerte.</p>
<p>Éxtasis. Es una droga de diseño de laboratorio (generalmente clandestino) derivada de las anfetaminas, que de acuerdo con su composición, puede</p>	<p>Sensación de armonía y desinhibición, lo que favorece la empatía. En dosis pequeñas hace que el individuo se sienta alerta, sereno,</p>	<p>Aceleración del ritmo cardiaco; puede provocar deshidratación y calambres musculares. Se altera la percepción del tiempo y la</p>

tener propiedades alucinógenas. Se toma en forma de tabletas, cápsulas o polvo.	amistoso y sociable, y disminuye la sensación de fatiga; a lo que se suma una intensa sed y mayor sensibilidad a las percepciones sensoriales.	capacidad de concentración y coordinación; induce crisis de ansiedad y ataques de pánico, insomnio, falta de apetito e irritabilidad o, por el contrario, sueño y depresión.
---	--	--

Sustancia psicoactiva	Efectos	Consecuencias en la salud
Depresores		
<p>Derivados del opio (morfina, heroína y codeína). Se elaboran a partir de la goma de opio, que a su vez se extrae de una flor llamada adormidera o amapola. Se tratarán en conjunto, dado que sus representaciones, efectos y repercusiones son muy semejantes. Se encuentran en forma de polvo blanco muy fino o, cuando su fabricación es imperfecta, de color amarillento, rosado o café, de consistencia áspera. También se pueden presentar en forma de tabletas o pequeños bloques y en jarabe.</p>	<p>Calman el dolor; motivo por el que, sobre todo la morfina, se utiliza en medicina como un potente analgésico. Provoca mirada extraviada, contracción pupilar, euforia y posteriormente una sensación de “desconexión” respecto del dolor y las preocupaciones sociales; relajación y bienestar, y un mayor grado de sociabilidad. Luego, el usuario se vuelve solitario y se desconecta del medio circundante. Paralelamente puede ocasionar náuseas y vómito, sensación de calor, pesadez de los miembros, inactividad similar al estupor y depresión.</p>	<p>Desnutrición, sudoración, temblores, infecciones por el uso de jeringas y agujas no esterilizadas, VIH, hepatitis, abscesos en hígado, cerebro y pulmones; deterioro personal y social.</p>
<p>Tranquilizantes. Son medicamentos que se encuentran en forma de tabletas de diferentes tamaños y colores; también en ampolletas ingeribles o inyectables. Se usan para calmar y reducir estados transitorios de ansiedad provocando sueño, como relajantes musculares y anticonvulsivos.</p>	<p>Sus efectos son parecidos a los que producen los derivados del opio, aunque en la intoxicación aguda ocurre, además, visión borrosa, falta de coordinación y contracción pupilar, así como movimientos oculares descontrolados, confusión mental, Alucinaciones, excitación, disminución de los reflejos, agresividad, coma y depresión respiratoria; lo que puede llevar a la muerte.</p>	<p>Provocan uso compulsivo o dependencia física y violencia, disminución de la motivación y apatía general. Pueden ocasionar convulsiones, nerviosismo, delirios, náuseas, vómitos y, si se combinan con alcohol, la muerte.</p>
<p>Inhalables. Son una serie de sustancias químicas volátiles (que se desplazan por el aire) de uso casero, comercial o industrial.</p>	<p>Sensación de hormigueo y mareo, visión borrosa, zumbido en los oídos, dificultad para articular palabras. Inestabilidad en la marcha, sensación de flotar, pérdida de las inhibiciones, agresividad y alucinaciones.</p>	<p>Vómito, sueño, temblores, respiración rápida y superficial, irregularidad en el latido cardíaco, convulsiones y destrucción neuronal.</p>

El cuadro 3 fue tomado del Documento: CONADIC, *et. al.*, *op.cit.*, p. 20 y 21.

2.1.2 Daños sociales y en la salud por el uso de drogas.

Un estudio realizado en el Reino Unido en 2010, por el Dr. David J. Nutt, director del Comité Científico Independiente sobre Drogas y ex asesor del Gobierno británico, concluyó que el alcohol es más dañino que otras drogas como la heroína y el crack.

La investigación justifica que, aunque hay drogas que provocan más muertes y en general más daños en quienes las consumen; el alcohol, y en menor medida el tabaco, provocan perjuicios más graves en aspectos sociales, crímenes y costos para el sector salud.

Este análisis tiene como fin crear políticas gubernamentales más eficaces para disminuir el impacto social de sustancias adictivas, entre las que se incluyó también el tabaco.

El estudio está diseñado con base en un análisis de decisión multicriterio (MCDA), una técnica que ya ha sido empleada para asesorar a las autoridades en rubros como el almacenamiento de residuos nucleares.

Para sustentar el estudio se clasificó a 20 drogas y sustancias de abuso según su impacto sobre 16 factores: nueve de ellos consideran el daño que una droga causa en el individuo y los otros siete los deterioros producidos al entorno y a terceros, es decir, los daños sociales; todos ellos fueron clasificados en cinco subgrupos haciendo referencia a los daños físicos, psicológicos y sociales.

Cuadro 4. Daños sociales y en la salud por el uso de drogas.

Daños	<u>Daños que afectan en el individuo</u>	Físicas	<i>Mortalidad a causa directa del consumo</i>	Expresada como tasa de la dosis letal y de la dosis estándar (para adultos)
			<i>Mortalidad derivada del consumo</i>	Accidentes de tráfico, cáncer de pulmón, VIH, suicidio
			<i>Daño directo a causa del consumo</i>	Cirrosis hepática, convulsiones, derrames cerebrales, úlceras gástricas, etc.
			<i>Daño derivado del consumo</i>	Actividad sexual no deseada, autolesiones, virus de transmisión sanguínea, enfisema, etc.
		Psicológicas	<i>Dependencia</i>	Necesidad de seguirla utilizando
			<i>Discapacidad mental a causa del consumo</i>	Psicosis inducida por anfetamina, intoxicación por ketamina.
			<i>Discapacidad mental derivada del consumo</i>	Trastornos secundarios del estado de ánimo
		Sociales	<i>Pérdida de la percepción</i>	Ingresos, vivienda, trabajo, logros educativos, antecedentes penales.
			<i>Daño a las relaciones personales</i>	Daños a familiares y amigos
	<u>Daños que afectan al entorno y a terceros</u>	Físicos y psicológicos	<i>Lesiones</i>	Violencia doméstica, accidentes de tráfico, daños fetales, etc.
			<i>Crimen</i>	Impulsa un aumento en la criminalidad, a nivel poblacional.
		Sociales	<i>Daño ambiental</i>	Su uso y producción causa daños al medio ambiente.
			<i>Conflicto familiar</i>	Desintegración familiar, carencias económicas, abandono de infantes, etc.
			<i>Daño internacional</i>	Desestabilización de los países, la delincuencia internacional, etc.
<i>Costo económico</i>			Costos directos (salud, seguridad, servicios sociales, seguros, etc.) Y los costos indirectos (pérdida de productividad, ausentismo, etc.).	
<i>Daños a la comunidad</i>			Disminución de la cohesión social y de la reputación de la comunidad.	

Cuadro creación propia con el apoyo del Ing. Omar Valle con base en la información tomada de:

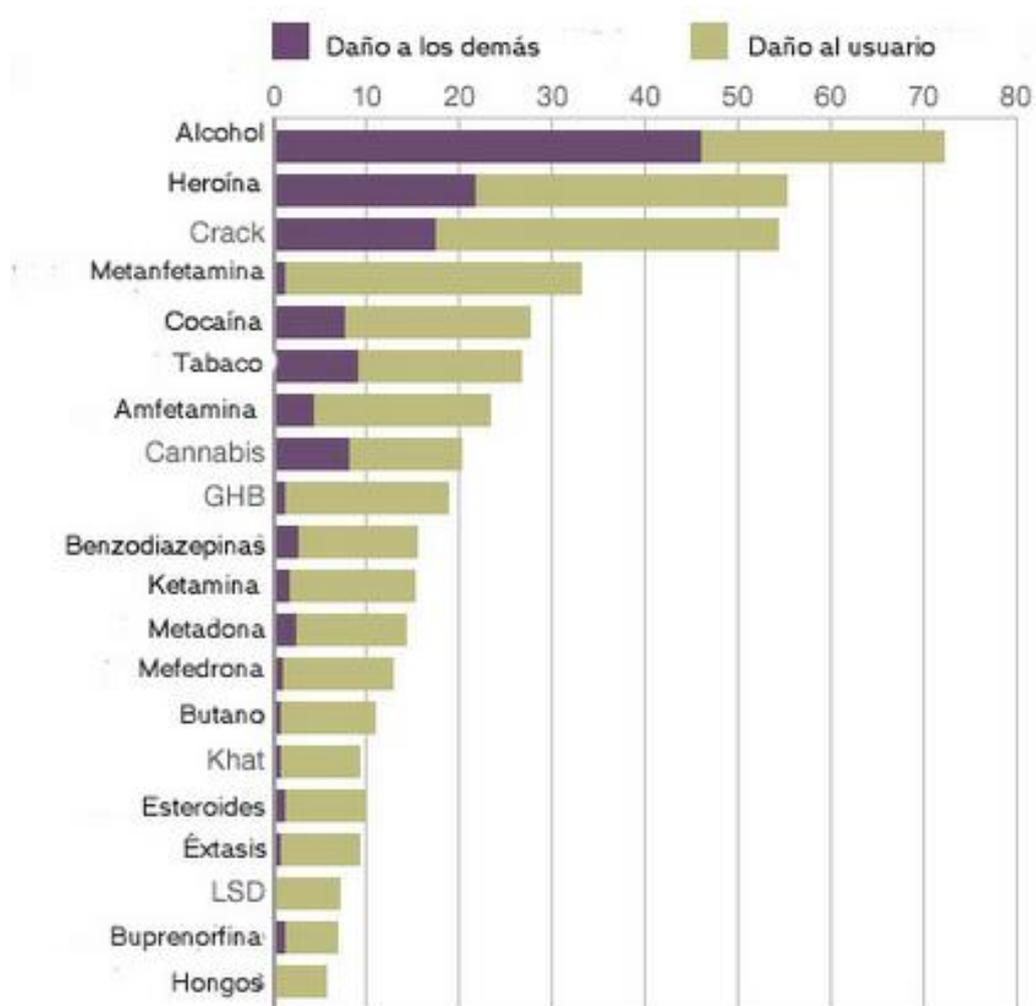
David J Nutt, Leslie A King, Lawrence D Phillips, en nombre del Comité Científico Independiente sobre Drogas, *Daños de las drogas en el Reino Unido: un análisis de decisión multicriterio*, [en línea], The Lancet, Volumen 376, número 9752. pp. 1558-1565, Reino Unido-Unión Europea, Observatorio Europeo de las Drogas y Toxicomanías (OEDT), 01 de noviembre 2010, Dirección URL: www.thelancet.com, DOI: 10.1016/S0140-6736(10)61462-6, [consulta: 15 de mayo de 2012].

Foro de Profesionales Latinoamericanos de Seguridad, *El alcohol es la droga más peligrosa y el tabaco es tan dañino como la cocaína*, [en línea], Foro de Seguridad, Argentina, Dirección URL: <http://www.forodeseguridad.com/artic/discipl/4184.htm>, [consulta: 30 de Mayo de 2012].

Las drogas fueron valoradas en una escala de 0 a 100, siendo el 100 el nivel de daño máximo y el cero considerado como nulo.

El estudio realizado muestra los siguientes resultados donde se analizan el nivel de daños de cada una de las drogas considerando el análisis de decisión multicriterio:

Daños sociales e individuales de las drogas más dañinas



113

¹¹³ David J Nutt, *et.al*, *op. cit.*
Cuadro "Daños sociales e individuales de las drogas más dañinas" en: BBC Ciencia, *El alcohol, ¿más dañino que la heroína?*, [en línea], BBC mundo, Dirección URL: http://www.bbc.co.uk/mundo/noticias/2010/11/101101_alcohol_drogas_men.shtml, [consulta: 30 de Mayo 2012].

El Doctor Nutt concluye que un nuevo sistema de clasificación “dependerá de qué tipo de daños” se intente reducir. Pero si uno considera el daño total, el alcohol, la heroína y el crack son entonces claramente más perjudiciales que otras drogas. El daño social que causa el alcohol es definitivamente el mayor de todas las drogas.

Cabe mencionar que en este estudio no se incluyen los rendimientos económicos que los procesos de producción, distribución y consumo de algunas de las drogas evaluadas como el alcohol y el tabaco crean en las sociedades a través de la generación de empleos y derrama económica propia de esas actividades. Del mismo modo ello habría que evaluarlo comparando las consecuencias sociales, económicas y de salud que resultan como perjuicio de las adicciones, en ello se deben considerar los altos costos sociales por las actividades propias de las drogas ilegales, como el narcotráfico, la impartición de justicia, los sistemas de seguridad, los costos en vidas y en el bienestar general de la población. Por lo que cada droga es perjudicial bajo sus condiciones específicas.

2.2 Panorama de las adicciones en el continente Americano y en México.

2.2.1 Informe del Uso de Drogas en las Américas (Organización de Estados Americanos, 2011)

El informe del Uso de Drogas en las Américas de 2011 fue realizado y editado por la Organización de los Estados Americanos (OEA), la Secretaría de Seguridad Multidimensional (SSM), la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas y el Observatorio Interamericano de Drogas de Washington D.C.

En este informe se resumen los resultados enviados por los Observatorios Nacionales de Droga de los Estados Miembros de la OEA u organismos equivalentes.

El informe es el primero sobre uso de drogas en el continente Americano, lo que da un enfoque global del mismo con las características particulares de la población, sistemas económicos, culturales y otros. El vocablo “Américas” es tomado del inglés y se refiere al conjunto de sectores del continente tales como: América del Norte, América Central, América Latina, América del Sur y el Caribe.

Los estudios realizados en la población abierta, proporcionan una estimación del número de usuarios por cada droga, dando un punto de vista de la magnitud del consumo de sustancias a nivel general.¹¹⁴ El informe combina la información de los estudios individuales realizados en 34 países de las Américas entre los años de 2002 a 2009.

¹¹⁴ Organización de Estados Americanos, *et. al.*, *Informe sobre el Uso de Drogas en las Américas 2011*, [en línea], pp. 105., Washington D.C., Observatorio Interamericano sobre Drogas (OID) – Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD), Dirección URL: http://www.cicad.oas.org/oid/pubs/Uso_de_Drogas_en_Americas2011_Esp.pdf, [consulta: 17 de mayo de 2012], p.15.

Una de las observaciones que pueden hacerse respecto al reporte es la diversidad de la problemática de drogas en todo el hemisferio, por ejemplo el consumo de alcohol es frecuente en todos los países, la marihuana es la droga ilegal más consumida en las Américas pero hay algunos países que muestran mayores niveles de uso de inhalables entre los jóvenes, el consumo de cocaína ha ido en aumento en América del Sur mientras que ha ido disminuyendo en América del Norte.¹¹⁵

La marihuana es la droga ilegal más consumida en todo el mundo y el continente americano no es una excepción. Conforme a los datos de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) a nivel mundial existen entre 129 y 191 millones de personas que tienen entre 15 y 64 años de edad, que han consumido marihuana en algún momento durante el año 2010 y un aproximado del 25% de los que viven en las Américas la han usado en este mismo periodo.

América del Norte representa casi el 75% de los consumidores de marihuana en el Continente Americano y en el caso de algunos países del Caribe los estudiantes que están en edad de ir a la secundaria¹¹⁶ presentan el mayor número de consumo de marihuana que del tabaco.¹¹⁷

El uso de marihuana puede explicarse por el alto porcentaje que contiene de la sustancia activa THC (tetrahidrocanabinol) que tiene su propio receptor en el cerebro.

¹¹⁵ *Idib.*, p. 15.

¹¹⁶ El grupo de los estudiantes secundarios contempla a los adolescentes de 13 a 17 años. Los datos en el Informe se presentan por grupos de edad debido a las diferencias en los sistemas escolares de los países de América. En México estas edades corresponden a la época en la que los adolescentes deberían estudiar la educación secundaria, este grupo etario es al que primordialmente van dirigidos los programas de prevención. *ibidem.*, p. 7.

¹¹⁷ Organización de Estados Americanos, *et. al.*, *op.cit.*, p. 3.

El uso riesgoso y excesivo de alcohol es común en América Latina, el Caribe y América del Norte, los países que aportaron datos al informe señalan que entre el 30% y 65% de los estudiantes que están en la secundaria han tenido un consumo excesivo de alcohol en el último mes, lo cual indica que se habían embriagado con alcohol en el mes anterior.

Respecto al uso de inhalables es un problema grave y mayor porque los jóvenes buscan medios para drogarse con sustancias que son relativamente “legales”, principalmente porque son de fácil acceso, por lo bajo de su costo y porque pueden comprarse con facilidad en establecimientos legales.

Los inhalables que en algún momento fueron considerados como una sustancia psicoactiva que era de uso exclusivo de los niños, jóvenes o adolescentes que se encuentran en situación de calle; como se muestra en los datos resultado de este análisis, el día de hoy se han establecido como una sustancia de amplio uso entre los estudiantes de secundaria de América Latina y el Caribe.¹¹⁸

En América del Norte el uso de inhalables va disminuyendo conforme aumenta la edad y en el caso de América Latina y el Caribe la situación es diferente ya que, a medida que aumenta la edad se han registrado tasas más altas respecto a su consumo.

La inhalación de solventes que son volátiles es de particular preocupación debido a que causa un grave impacto en la salud física y mental de las personas, cuando es consumida en grandes cantidades por adolescentes,

¹¹⁸ *Idib.*, p. 4.

jóvenes e incluso adultos jóvenes, puede traer importantes consecuencias a largo plazo para la salud.

La producción de cocaína se inicia en América del Sur aunque se consume en todo el mundo, el día de hoy se ha generalizado su uso en América Latina y el Caribe, además de su ya conocida difusión en América del Norte; aproximadamente el 50% de los consumidores de cocaína de todo el mundo se encuentran en el Continente Americano de los que el 70% está en América del Norte y el 27% en América del Sur.¹¹⁹

La Pasta Base de Cocaína (PBC) y todas sus variantes, son de las sustancias de abuso más perjudiciales en la salud de quienes la consumen, el área de Sudamérica perteneciente al Cono Sur se ha visto muy afectada por su uso desde estudiantes secundarios hasta la población en general, estudios realizados muestran que se trata de una sustancia altamente adictiva y nociva, su uso y difusión reciente en el Cono Sur puede deberse en parte a la escasa información disponible sobre su tratamiento.

La evidencia de los estudios indica que a pesar de que hay una gran cantidad de información disponible respecto a los efectos negativos del consumo de la droga para los jóvenes, el mensaje no ha tenido la recepción esperada, ya que se ha comprobado que uno de los factores más importantes para el consumo de las drogas entre adolescentes y adultos jóvenes es la percepción de alto riesgo además de la percepción sobre la facilidad de acceso a las drogas, considerados como dos de los factores por lo que el consumo de drogas ha venido en aumento.

¹¹⁹ Organización de Estados Americanos, *et. al., op.cit.*, p. 5

Los Estados que forman parte de las Américas deben prestar atención a dichas apreciaciones para tomar las medidas adecuadas e incidir positivamente en la disminución del consumo a través de la prevención.

a) Alcohol

El primer capítulo se refiere al uso de alcohol, siendo una de las sustancias más utilizadas en las Américas, las tasas de uso varían enormemente entre los países, las poblaciones y los estratos socio demográficos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que el alcohol provoca mundialmente el 3.2% de todas las muertes, lo que equivale a 1.8 millones de muertes por año y representa el 4% de la carga mundial de éstas, la mayoría de ellas debido a accidentes y lesiones relacionadas con el uso excesivo del alcohol.¹²⁰

Las tasas más altas de consumo riesgoso o nocivo del alcohol ocurre entre adultos jóvenes que se encuentran en las edades de 18 a 34 años de edad, también se indica que una parte importante del porcentaje de personas que consumen alcohol de manera constante y regular son menores de 18 años de edad, el consumo excesivo y la dependencia al alcohol está asociado con una amplia variedad de conductas de riesgo y desadaptativas.¹²¹

El consumo de alcohol entre niños y adolescentes menores de 14 años es particularmente preocupante ya que las investigaciones indican que mientras a más temprana edad se inicie el consumo de alcohol o de

¹²⁰ Organización Mundial de la Salud, "El alcohol y las lesiones en los servicios de urgencias: resumen del informe del estudio colaborativo de la OMS sobre el alcohol y las lesiones 2007", en: Organización de Estados Americanos, *et. al., op.cit.*, p. 9.

¹²¹ *Ibidem.*

cualquier sustancia psicoactiva habrá mayor probabilidad de desarrollar dependencia a largo plazo

Informe sobre el Consumo de las Drogas en Las Américas, 2011

Indicadores de Beber Excesivo Encuesta de Estudiantes Secundarios SIDUC
<i>En las últimas 2 semanas ¿Cuántas veces has bebido 5 o más bebidas alcohólicas en una sola ocasión?</i>
1. Nunca
2. Una vez
3. Entre 2 y 3 veces
4. Entre 4 y 5 veces
5. Más de 5 veces

Tabla 2. Proporción de estudiantes secundarios que reportan beber excesivo de alcohol (entre usuarios del último mes)	
Argentina (2007)	49,10
Barbados (2006)	43,10
Canadá (2006)	35,60
Dominica (2006)	48,50
Ecuador (2005)	64,70
Jamaica (2006)	35,80
Perú (2005)	52,20
Sta. Lucia (2005)	32,90
Trinidad y Tobago (2006)	31,30
Uruguay (2005)	53,90
Fuentes: CNDs, ONDs, HC y OID	

Un bebedor excesivo es aquel que consume 5 ó más bebidas alcohólicas en una sola ocasión durante las dos semanas anteriores a la encuesta, el bebedor excesivo se pone en riesgo de múltiples maneras debido a que puede provocarse lesiones no intencionales, a sufrir una intoxicación alcohólica así como algún comportamiento violento o la práctica de conductas sexuales riesgosas, lo que puede resultar en enfermedades de transmisión sexual y en embarazos no deseados.

De acuerdo con el informe investigaciones recientes muestran que la supervisión de los padres y la atención para sus hijos es un factor importante en la reducción del consumo de alcohol principalmente entre los estudiantes de secundaria, ello se traduce en niveles bajos de consumo entre los estudiantes universitarios.

Los costos sociales del alcoholismo desencadenan a su vez problemas sociales y en el caso particular del alcohol, estos superan los daños totales que provocan el uso de sustancias ilícitas, por lo que el Informe señala como una responsabilidad de cada país y Estado asumir políticas públicas para aminorar las consecuencias sociales y económicas de la adicción al alcohol.

b) La Marihuana

La marihuana es la droga ilícita más usada en el hemisferio Americano, se estima que en todo el mundo existen entre 129 y 191 millones de personas (lo que representa entre el 2.9 y 4.3 % de la población que se encuentra en edades entre 15 y 65 años) que han usado marihuana durante el último año.

En el caso de las Américas, alrededor de 40 millones de adultos la han usado durante el último año, y un dato con importantes rasgos culturales e ideológicos es que en una serie de países del Caribe el consumo de Marihuana excede en algunas poblaciones al del Tabaco, sobre todo en estudiantes de secundaria, estos países son Antigua, San Cristóbal, Nieves y San Vicente.¹²²

En los países que tienen las tasas más altas del uso de Marihuana en las Américas, los usuarios son estudiantes secundarios, en Canadá representan el 24% y en los Estados Unidos el 23% del total.

¹²² Organización de Estados Americanos, *et. al., op.cit.*, p.24.

De acuerdo a estudios previos, se calcula que el consumo de tabaco en todo el mundo es aproximadamente siete veces mayor que el de Marihuana, en un comparativo sobre el uso de la Marihuana y el del Tabaco (considerando que la Marihuana es la sustancia ilegal de mayor consumo en el mundo y que el tabaco es la sustancia legal que más aumentó su uso en los países subdesarrollados) en las Américas se sigue la tendencia mundial que indican que el Tabaco supera a la Marihuana siete veces en su consumo.

c) Los Inhalables.

La clasificación de los inhalables es diferente a la de otras drogas ya que sustancias como la cocaína se definen farmacológicamente mientras que los inhalables se definen por su vía de administración.

Se han identificado 4 de estas sustancias: solventes, aerosoles, gases y nitritos, muchas de estas son elementos comunes de la clase baja y fáciles de obtener.¹²³

El uso de inhalables es común en muchos países del mundo y entre las sustancias que más se consumen están las que contienen tolueno, que es un solvente presente en disolventes de pinturas y pegamentos, los inhalables se utilizan para producir un efecto alucinógeno y de alerta.

Un punto importante respecto al uso de inhalables sobre todo en los países en desarrollo es que su uso tiene implicaciones sociales y económicas importantes, ya que en las poblaciones socialmente vulnerables el Tolueno o el Pegamento que contienen se utiliza constantemente para evitar el

¹²³ *Idib.*, p. 34.

hambre o la sensación de frío; este tipo de drogas durante mucho tiempo se ha definido como una droga de la pobreza. En el caso particular de México es común observar a niños, adolescentes y jóvenes en situación de calle, en los cruceros de las ciudades, limpiando parabrisas u ofreciendo algún servicio en la vía pública y haciendo uso de inhalables.

Las tasas más bajas del uso de inhalables se encuentran en los países de América Central y las más altas se encuentran en la región del Caribe y un caso particularmente grave es el de Brasil.

En la mayoría de los países de las Américas el uso de inhalables se encuentra en el grupo de los 13 años hasta los 17 años de edad.

Tabla 10. Países donde la prevalencia de uso de inhalables en los últimos 30 días, excedió la prevalencia de uso de marihuana, entre estudiantes secundarios

País	Último Mes Marihuana	Último Mes Inhalables
Barbados (2006)	6,08	6,47
Brasil (2004)	3,08	9,95
Guyana (2007)	3,72	6,93
Haiti (2009)	0,40	1,40
Jamaica (2006)	8,50	9,47
México (2009)	1,15	2,39
Trinidad y Tobago (2006)	2,75	7,45

Fuentes: CNDs y ONDs en los Estados miembros

124

Aunque la Marihuana es la sustancia ilegal de uso más común entre los adolescentes secundarios, en América Latina y el Caribe los inhalables con frecuencia ocupan el segundo lugar, países como Argentina o Uruguay son excepcionales debido a que la Cocaína suele ser la droga más utilizada después de la Marihuana, en algunos países como Brasil y varios del Caribe la prevalencia del último mes de uso de inhalables es mayor que el de la Marihuana.

¹²⁴ Organización de Estados Americanos, *et. al., op.cit.*, p. 36.

Respecto al tratamiento por uso de inhalantes en Estados Unidos, los adolescentes en edades de entre los 12 y 17 años, representan la mitad de todas las admisiones por el uso de inhalables, en estas admisiones se presentaban altas tasas de trastornos psiquiátricos recurrentes, ya que el 45% de los adolescentes admitidos por esas drogas tenían un trastorno psiquiátrico concomitante.

Un trastorno psiquiátrico concomitante en el caso de personas adictas a alguna sustancia psicoactiva o al alcohol, es aquel que se presenta de forma simultánea al abuso de la sustancia. El hecho de que los efectos agudos y crónicos de las drogas simulan síntomas de muchos de los trastornos mentales ha dificultado diferenciar los síntomas psicopatológicos de los efectos agudos del consumo o de la abstinencia y los que son propios de un trastorno psiquiátrico independiente.¹²⁵

En el caso de la admisión por otras drogas este tipo de trastornos se presentan en un 29%, por lo que los inhalables aumentan un 16% adicional la posibilidad de sufrir trastornos de tipo psiquiátrico en sus usuarios.¹²⁶

d) Cocaína y PBC (Clorhidrato de cocaína, pasta de coca, cocaína base, y otras sustancias que contienen alcaloides de cocaína).

En las Américas hay una multiplicidad de sustancias derivadas de la hoja de coca que producen efectos estimulantes, una de ellas es el clorhidrato de cocaína (HCL) que comúnmente se conoce como cocaína en polvo y hay otra variedad de sustancias para fumar que se crean durante el

¹²⁵ Drogas no gracias, *Trastornos psiquiátricos más frecuentes por el uso de drogas*, [en línea], México, Dirección URL: <http://drogas-no-gracias.blogspot.mx/2012/04/trastornos-psiquiatricos-mas-frecuentes.html>, [consulta: 19 de Mayo 2012].

¹²⁶ Organización de Estados Americanos, *et. al., op.cit.*, p. 38.

procesamiento del clorhidrato de cocaína dentro de las cuales nos encontramos con una variedad de formas de pasta base de cocaína (PBC) algunos de ellos son el Crack y la Base Libre como derivados de la misma cocaína clorhidrato.¹²⁷

Para el propósito de las siguientes líneas cuando nos referimos a cocaína es el clorhidrato de cocaína y el término de pasta base de cocaína o PBC se refiere a todas las variedades fumables de la pasta de coca.

La prevalencia y los consumos de cocaína varían entre los Países y las subregiones del Continente Americano, la siguiente tabla presenta los rasgos de consumo de cocaína entre los adolescentes del continente Americano:

¹²⁷ *Idib.*, p. 40.

4.1.1 Prevalencia de Uso de Cocaína entre Estudiantes Secundarios

Tabla 12. Prevalencia de uso cocaína, más alta y más baja, en la población de estudiantes secundarios, porcentaje total y por grupos etarios

	Vida 0,53%- 6,70%	Último Año 0,17%- 3,40%	Último Mes 0,07%-1,78%
Países con la prevalencia más baja	Sn. Vicente y Gran. (2006) 0,53 Rep. Bol. Venezuela (2009) 0,60 Dominica (2006) 0,69 Suriname (2006) 0,70 Bahamas (2008) 0,80	Suriname (2006) 0,17 Bahamas (2008) 0,20 Rep. Bol. Venezuela (2009) 0,30 Sn. Vicente y Gran. (2006) 0,32 Trinidad y Tobago (2006) 0,49	Suriname (2006) 0,07 Bahamas (2008) 0,20 Sn. Vicente y Gran. (2006) 0,21 Trinidad y Tobago (2006) 0,24 Rep. Bol. Venezuela (2009) 0,30
Países con la prevalencia más alta	Argentina (2009) 4,00 Guyana (2007) 4,12 Canadá* (2006) 4,40 Estados Unidos † (2009) 4,60 Chile (2009) 6,70	Argentina (2009) 2,30 Uruguay (2009) 2,50 Estados Unidos † (2009) 2,70 Guyana (2007) 2,78 Chile (2009) 3,40	Panamá (2008) 1,20 Argentina (2009) 1,30 Jamaica (2006) 1,35 Chile (2009) 1,70 Guyana (2007) 1,78
Países con la prevalencia más alta entre estudiantes de 14 años de edad o menores.	Estados Unidos † (2009) 2,60 Panamá (2008) 3,28 Jamaica (2006) 3,45 Chile (2009) 3,90 Guyana (2007) 4,96	Estados Unidos † (2009) 1,60 Chile (2009) 1,90 Jamaica (2006) 2,42 Panamá (2008) 3,03 Guyana (2007) 3,93	Sn. Kitts y Nevis (2003) 0,86 Chile (2009) 1,10 Jamaica (2006) 1,82 Guyana (2007) 2,62 Panamá (2008) 2,69
Países con la prevalencia más alta entre estudiantes de 15-16 años	México (2009) 4,42 Estados Unidos † (2009) 4,60 Argentina (2009) 4,80 Canadá* (2006) 5,20 Chile (2009) 6,60	México (2009) 2,00 Estados Unidos † (2009) 2,70 Argentina (2007) 2,90 Uruguay (2009) 3,30 Chile (2009) 3,40	Antigua (2005) 0,95 Jamaica (2006) 1,05 Uruguay (2009) 1,50 Chile (2007) 1,70 Argentina (2009) 1,80
Países con la prevalencia más alta entre estudiantes de 17 años de edad o más.	Argentina (2007) 6,00 Estados Unidos † (2009) 6,00 Uruguay (2009) 6,90 Canadá* (2006) 9,00 Chile (2009) 9,80	Argentina (2009) 3,20 Colombia (2004) 3,32 Estados Unidos † (2009) 3,40 Uruguay (2009) 4,40 Chile (2009) 4,90	Sta. Lucía (2005) 1,34 Argentina (2009) 1,60 Uruguay (2009) 1,80 Guyana (2007) 1,89 Chile (2007) 2,30

Fuente: NDCs y NDOs en estados miembros y MEM. †MTF 2009, *HC.

Nota: Esta tabla muestra los datos disponibles de países individuales. Aquellos países sin datos comparables no están representados. Los datos de prevalencia provienen de estudios de SIDUC o equivalentes, excepto en los casos destacados. Los grupos etarios son aproximados y pueden incluir a estudiantes menores de 14 años o mayores de 17 años.

*Los datos de Canadá se obtuvieron de la encuesta YSS 2006-2007 y fueron proporcionados por la Oficina de Investigación y Vigilancia de la Dirección de Control de Sustancias y Tabaco. La prevalencia de uso de marihuana en el último mes no se registró para esta población en Canadá. Sólo se hicieron preguntas sobre drogas ilícitas a los estudiantes de 7 a 12 grado (edades entre 12 y 17 años). La información de estudiantes secundarios se recolectó por grados y se derivaron grupos etarios acorde al grado reportado: a los grados 7-9 se les asocian edades de 14 años o menos, a los grados 10-11 se les asocian edades entre 15 y 16 años, y al 12 grado se le asocia edades de 17 años o más.

† Los datos de los EE.UU. se tomaron de MTF 2009. Los datos proporcionados pueden estar combinados o separados por grados. Al grado 8 se le asocian edades de 14 años o menos, al grado 9 se le asocian edades entre 15 y 16 años, y al grado 12 se le asocia edades de 17 años o más.

Los números entre paréntesis () indican el año en que se realizó el estudio.

La tabla muestra que en el 2009 México ocupa el primer lugar de los Países con la prevalencia más alta del uso de esta droga entre los estudiantes de 15 a 16 años, la prevalencia mundial de la cocaína está entre el 0.3% y 0.4% pero en las Américas es del 1.4% de la población general, el porcentaje de quienes han consumido cocaína durante el último año en este mismo periodo en Europa el porcentaje es inferior a 1%.

La mayor prevalencia del consumo de cocaína la encontramos en la población del grupo etario de los 18 a los 34 años de edad en la mayoría de los países, en general la experiencia de los países que tienen una larga historia en el consumo de drogas y que han realizado investigaciones al respecto nos muestran que a medida que la epidemia de la droga crece y evoluciona las diferencias en el uso entre hombres y mujeres tienden a disiparse, por lo que en países que tienen altos niveles de consumo de drogas en general la diferencia de consumo entre hombres y mujeres es muy pequeña, mientras que los países que tienen un consumo bajo de droga la diferencia de consumo entre hombres y mujeres o la brecha es mucho más amplia.

En la mayoría de los países de América Latina y el Caribe el consumo de cocaína es mayor entre los hombres que entre las mujeres.

Respecto a la Pasta Base de Cocaína (PBC) las mayores tasas de consumo de PBC se encuentran los países de Sudamérica, en el área de América Central la prevalencia del uso de PBC es baja, lo anterior puede estar relacionada con el hecho de que los países de América del Sur son productores de la cocaína y la pasta base de cocaína

Debido a la naturaleza altamente adictiva de la pasta base de cocaína el uso de esta droga en la población debiera considerarse como un motivo de preocupación y como una información prioritaria para las políticas de salud pública de los países de América Latina.

“La cocaína es considerada una de las sustancias psicoactivas más problemáticas en el Hemisferio Americano, la mayor prevalencia del consumo de cocaína se encuentra en la población de 18 a 34 años de edad, es necesario realizar más investigaciones sobre la probabilidad a dependencia a la cocaína una vez que la persona comienza a utilizarla”.¹²⁹

Respecto a la Pasta Básica de Cocaína en un principio se encontraba sólo en los países que producían cocaína y se trataba de versiones relativamente baratas de cocaína para fumar, la información actual indica que el uso del PBC se ha extendido más allá de los países productores y provoca adicciones graves en América Central y en particular en los países del Cono Sur.

Es difícil evaluar la tendencia regional en el consumo de cocaína entre adolescentes sin embargo para el caso de México se cuenta con la Encuesta Nacional de Adicciones 2008 que se analizará en el siguiente apartado.

e) Delineando los aspectos de la prevención.

Puntos de apoyo importantes para la prevención y tratamiento de adicción de cualquier droga además de los ingresos para su desintoxicación y control, los encontramos en la percepción de riesgo y en la percepción de disponibilidad de drogas.

¹²⁹ Organización de Estados Americanos, *et. al., op.cit.*, p. 57.

La percepción del riesgo asociado al consumo de las drogas se considera un punto de referencia subjetivo importante respecto a la posibilidad del uso de drogas psicoactivas, en el Informe “Elementos orientadores de las políticas públicas sobre drogas en la subregión” (UNODC/SICAD, 2008) se puede observar la influencia de una percepción negativa acerca de las drogas en la disminución de las tasas de consumo. Es decir que los países en donde se tiene una percepción de riesgo alta del consumo de drogas se tiene una menor prevalencia del consumo, en concreto esto es válido para cualquier droga: cuando una población comprende el alto riesgo que tiene el consumir alguna droga el consumo disminuye, este punto es de suma importancia para planificar, diseñar y ejecutar políticas publicas y programas de prevención de las drogas.

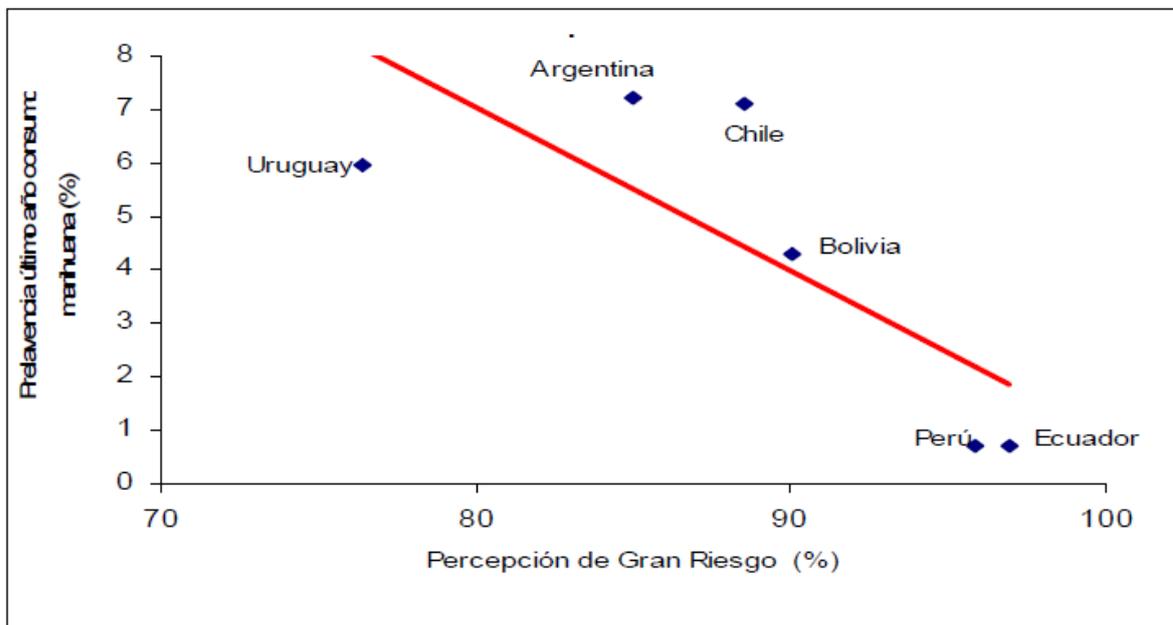


Gráfico 25 Prevalencia de último año de consumo de marihuana y percepción de riesgo asociado con consumo “frecuente” de marihuana en la población general de 15 a 64 años, en Argentina, Bolivia, Chile, Ecuador, Perú y Uruguay.

Nota: Prevalencia ajustada por edad y sexo. El gráfico muestra los datos disponibles de los distintos países a través del programa SIDUC.

130

Uno de los puntos que se puede desarrollar en los programas de prevención para las adicciones de cualquier tipo de droga es hacer consciente a la población y en particular por lo anteriormente revisado a los

¹³⁰ *Ibidem.* p. 62.

jóvenes y adolescentes, comenzando por los niños sobre las consecuencias graves y riesgosas de consumir algún tipo de droga.

La percepción que se tiene por la población respecto a facilidad o dificultad para acceder a una droga se considera otro punto de referencia objetivo en el consumo de drogas y llega a ser un factor que en última instancia impactará en la decisión de las personas para utilizarlas, en el gráfico 26 se observa que la facilidad que se percibe para acceder a la droga está directamente relacionada con el uso de sustancias psicoactivas en los 6 países estudiados.

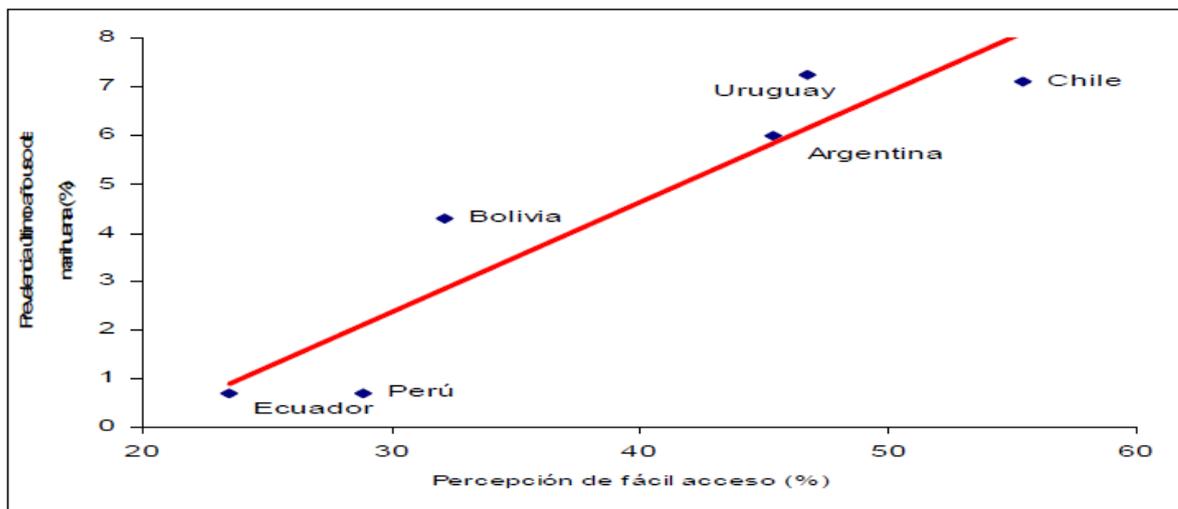


Gráfico 26. Prevalencia de último año de uso de marihuana y percepción de fácil acceso en la población general de 15 a 64 años, por país.

Nota: Prevalencia ajustada por edad y sexo. El gráfico muestra los datos disponibles de los distintos países a través del programa SIDUC.

131

Lo anterior echa por los suelos, al menos en los países del continente Americano, la teoría de que la legalización de las drogas impactaría positivamente en la disminución del consumo, por ello un punto importante a considerar por las políticas públicas lo encontramos en dificultar el acceso a las drogas de niños, adolescentes y jóvenes.

¹³¹ Organización de Estados Americanos, *et. al., op.cit.*, p. 63.

Aunque hay una gran variedad de factores que influyen en la decisión de un individuo para consumir las drogas y posteriormente desarrollar alguna adicción por su uso, la percepción del riesgo asociada con el uso y la disponibilidad o facilidad para acceder a las drogas han demostrado en varios estudios ser factores de gran relevancia para la prevención del uso de drogas.

En el caso de México aunque la política pública de los últimos años se ha dedicado a tratar de luchar contra la disponibilidad que se tiene a las sustancias, es muy importante señalar que esa política pública es diferente a la percepción que la población tiene respecto a la disponibilidad y riesgo por el uso de drogas.

Un estudio posterior puede analizar con mayor profundidad la percepción actual de la población y en particular la de los niños, jóvenes y adolescentes sobre la disponibilidad de las drogas; lo anterior no es motivo de estudio de esta Tesina, por lo que de forma aventurada baste señalar que, el combate contra el narcotráfico no concuerda con la percepción de la población respecto a la disponibilidad de la droga y que hay una relativa la facilidad para acceder a ella desde las escuelas primarias, secundarias y bachilleratos, así como un conocimiento de la población sobre el los puntos de narcomenudeo en la ciudad y el país.

2.2.2 La Situación Nacional sobre el uso de drogas: Encuesta Nacional de Adicciones 2008.¹³²

En el caso de nuestro país se cuenta con las cifras de la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) del año 2008, cuyos resultados más relevantes se presentan a continuación.

En México se han realizado 5 encuestas nacionales de adicciones. En esta quinta encuesta realizada entre los años 2007-2008 se puede estar en condiciones de comparar la evolución que ha tenido el problema de las Adicciones en México ya que ha sido estudiado durante 20 años, se cuenta con datos de la población urbana y rural que permite desglosar representativamente cada estado de la república, por lo que por primera vez se podrá conocer la realidad del problema por Entidad Federativa.

La Encuesta Nacional de Adicciones fue coordinada por la Secretaría de Salud y el Consejo Nacional Contra las Adicciones, para su elaboración se consideró en el estudio a 50,688 viviendas de todo el país considerando una representatividad por entidad federativa, la información se obtuvo realizando entrevistas directas en los hogares primeramente a los adultos que tuvieran entre 18 y 65 años y adolescentes que tuvieran entre 12 y 17 años.

Los resultados si se utilizan adecuadamente pueden mejorar las intervenciones de políticas públicas de acuerdo a las necesidades reales del problema de las adicciones en México.

¹³² Los resultados sesgados de la ENA 2008 fueron considerados como datos oficiales fidedignos para el desarrollo de este trabajo por lo que los mismos pudieron haber distorsionado la realidad de las cifras sobre del problema de las adicciones en México analizado en este apartado.

En México se cuenta con un Sistema de Información en Drogas (SID) que ha recabado información proveniente de instituciones de salud y del Sistema de Procuración de Justicia dos veces por año sobre los casos registrados en 44 instituciones desde 1987 a finales de los años 80's se puso en operación un Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Adicciones (SISVEA).

En la Encuesta Nacional de las Adicciones se define a los Adolescentes como personas del hogar cuya edad se sitúa entre los 12 y 17 años y los adultos son las personas del hogar cuya edad se sitúa entre los 18 y 65 años. La encuesta tiene una confiabilidad del 90% y una tasa del 15% de no respuesta, así mismo un promedio de 1.4 individuos entrevistado por vivienda, en su elaboración se utilizaron datos de Censo de Población y Vivienda del 2000.

El levantamiento de información de campo se llevó a cabo entre los meses de abril y junio de 2008. La encuesta se aplicó de forma simultánea en las 32 entidades federativas con la participación de casi 300 encuestadores.

a) Alcohol

Se define el abuso o dependencia al alcohol como un patrón de consumo desadaptativo que lleva a un deterioro o malestar clínico expresado por 3 ó más síntomas: tolerancia, abstinencia, uso en mayor cantidad o tiempo de lo deseado, deseo persistente por consumir, empleo de mucho tiempo para consumir alcohol o recuperar sus efectos, reducción de actividades sociales, laborales o recreativas por causa del alcohol, y uso continuo del alcohol a pesar de tener conciencia del daño que se asocia con el consumo.¹³³

¹³³ Secretaría de Salud, *et. al., op. cit.*, Pag.61

Los mexicanos no beben diario pero beben grandes cantidades de alcohol por ocasión de consumo.

Casi 27 millones de mexicanos que se encuentran entre las edades de 12 a 65 años presentan frecuencias de consumo entre diarios y una vez al mes.

Casi 4 millones (3, 986,461) son usuarios consuetudinarios que indica que beben grandes cantidades una vez a la semana o con más frecuencia, dicho consumo es más frecuente entre los hombres en una proporción de 5.8 por cada mujer.

La cerveza es la bebida favorita de los mexicanos, seguido por los destilados y en menor proporción el vino de mesa y las bebidas preparadas.

Sin diferencia de sexo los niveles más altos de consumo están entre las personas que tienen de 18 a 29 años de edad, de los 4 millones de mexicanos que cumplen con los criterios del consumo y dependencia de alcohol 3.5 millones son hombres y más de medio millón son mujeres

Respecto a los problemas que aparecen por la forma excesiva de beber están las dificultades familiares en un 10.8%, las peleas en un 6%, problemas con la policía 3.7% y el 41.3% de las personas fueron detenidas bajo el efecto del alcohol. Existen 27 millones de mexicanos que reportaron haber abusado del alcohol en los doce meses previos al estudio; 4 millones de ellos son dependientes (alcohólicos).

b) Tabaco

Respecto al consumo de Tabaco en la población de 12 a 65 años, la pregunta ¿Ha fumado alguna vez en la vida, aunque sea una sola fumada? tiene por objetivo estimar la prevalencia de vida del consumo de Tabaco en la población mexicana, el 48.8% de los hombres y 23.4% de las mujeres respondieron haber probado el cigarro, la edad promedio del consumo del tabaco por primera vez fue del 17.1 años y en el caso de la población adolescente fue de 13.7 años y el de la adulta fue del 17.4 años, las dos razones más importantes para el inicio del consumo del tabaco fueron la curiosidad y la convivencia social con fumadores.

La pregunta que dice ¿Ha fumado más de 100 Cigarrillos (5 cajetillas en la vida)? tiene como objetivo estimar la prevalencia de consumo de tabaco en la población, en el ámbito nacional el 17.2% de la población había fumado más de 100 cigarros en su vida lo que significa un número cerca de 13 millones de mexicanos.

De las respuestas anteriores se establecen la definición de Fumador Activo: Es la persona que contestó haber fumado alguna vez en su vida y haber fumado durante el último año. Ex fumador: Es la persona que contestó haber fumado alguna vez en la vida y haber dejado de fumar hace más de un año. Nunca ha fumado: Persona que contestó no haber fumado en la vida.¹³⁴

En el ámbito nacional los fumadores activos de entre 12 y 65 años, inician en promedio el consumo de cigarrillos a los 16.7 años y fuman 7 cigarros al día, los adolescentes 5 y los adultos 7. La duración promedio del hábito de fumar diario en los adolescentes es de 2.2 años y de 11.4 años en los adultos.¹³⁵

¹³⁴ Secretaría de Salud, *et. al., op. cit.*, p. 30.

¹³⁵ *Ibíd.* p. 32

c) Drogas

La Encuesta Nacional de Adicciones respecto a las drogas indica que el consumo de drogas ilegales y médicas tanto en la población urbana como en la rural ha aumentado de un 5% en el 2002 a un 5.7% en el 2008, en el caso de las drogas ilegales.¹³⁶

Las drogas ilegales aumentaron de 4.6% a 5.2%, el consumo de drogas ilegales es mayor en los hombres sin embargo el índice de consumo en las mujeres se duplicó aumentando del 1% en el 2002 a 1.9% en el 2008, la marihuana y la Cocaína ocupan el lugar número 1 respecto a la preferencias de los usuarios y el consumo de la marihuana aumentó de 3.5% a 4.2%, y en el caso de la cocaína del 1.2% al 2.4% es decir que se duplicó, el consumo de Crack y de Metanfetaminas aumentó 6 veces.¹³⁷



138

¹³⁶ marihuana, cocaína y sus derivados como la heroína, metanfetamina, alucinógenos, inhalables y otras drogas.

¹³⁷ Secretaría de Salud, *et. al., op. cit.*, p. 32.

¹³⁸ *Idib.*, p. 42.

La Incidencia acumulada¹³⁹ del uso de droga entre la población de 12 a 65 años que habita tanto en zonas rurales como urbanas del país es de 5.7%, dicha proporción aumenta a 9.1% considerando sólo a los hombres y baja hasta 2.6% considerando a las mujeres, las mujeres históricamente han estado menos expuestas al consumo de drogas en una razón de una mujer por 3.5 hombres, los datos de la encuesta indican que el uso de drogas entre las mujeres es un fenómeno reciente y que han venido aumentando su consumo particularmente en el grupo de las adolescentes.

Dado lo anterior se puede decir que la adicción a las drogas es un fenómeno que afecta a los grupos más jóvenes de la población mexicana y que los jóvenes de hoy consumen una mayor proporción de droga que las generaciones que los anteceden.

La principal preferencia de droga es la Marihuana alcanzando el 4.2% de incidencia, en segundo lugar encontramos a la Cocaína con un 2.4%¹⁴⁰, en tercer lugar encontramos a los inhalables con el 0.7%, siguiendo las metanfetaminas con 0.5%, los alucinógenos con 0.4% y por último la heroína con 0.1%.

Respecto a los factores coadyuvantes del inicio del uso de drogas está la exposición a la venta o compra de las mismas (el 58% de los hombres y el 53.1% de las mujeres que estuvieron expuestas a la venta o compra la consumieron).

¹³⁹ incidencia acumulada: se refiere a la prevalencia global del consumo. Secretaría de Salud, *et. al.*, *op. cit.*, Glosario, Drogas, p. 169.

¹⁴⁰ Una cuarta parte de los usuarios de cocaína consume crack. *Ibid.*, p. 47.

Una vez expuestos al uso de las drogas, tanto hombres como mujeres tienen la misma probabilidad de progresar al uso (13% la consume por oportunidad) así como a la dependencia (1.9% de los hombres y 1.1% de las mujeres que inician con el uso de drogas progresan a la dependencia), es decir desarrollan una adicción en las drogas.¹⁴¹

Debido a que el cerebro de los adolescentes se encuentra en desarrollo y a que las áreas del mismo asociadas a la toma de decisiones y a la disposición a tomar riesgos no están definidas del todo, se consideran personas más vulnerables al uso de drogas, ellos progresan en un mayor grado hacia la dependencia, generando un abuso de 35.8% para los adolescentes, mientras que los adultos jóvenes en edades de 18 a 25 años lo hacen en un 24.6% y en un 14.5% quienes tienen más de 25 años, es por esto que los esfuerzos preventivos deben orientarse principalmente al grupo de los adolescentes, las generaciones actuales tienen un mayor acceso a las drogas, un mayor consumo y desarrollan una mayor dependencia.

El 55.7% de los usuarios de marihuana inician con el uso de la droga antes de la mayoría de edad, en el caso del inicio del uso de la cocaína es más tarde ya que sólo el 36.4% la había utilizado por primera ocasión antes de los 18 años, en total el 89.7% de los usuarios de las drogas lo hacían antes de cumplir los 26 años.

¹⁴¹ Secretaría de Salud, *et. al., op. cit.*, p. 49.

d) Esbozando la Prevención.

Hay evidencias científicas que señalan la importancia y conveniencia de incluir en los programas preventivos información que se enfoque al abuso del consumo de alcohol y del tabaco ya que éstos determinan una mayor probabilidad de usar otras drogas.

Si el inicio del uso del tabaco y alcohol es anterior a los 18 años de edad la posibilidad de utilizar otra droga es aún mayor, el 17% de quienes fumaron antes de tener 18 años experimentó también con otras drogas lo que ocurrió solamente en un 6.9% de quienes empezaron a fumar entre los 18 y 25 años.

Quienes comenzaron a fumar después de los 26 años solamente presentaron el uso de drogas en el 1.4%, lo mismo ocurre con el alcohol ya que mientras se utilice siendo más joven hay más posibilidad de experimentar el uso de otras drogas.

La importancia de un entorno saludable y de la influencia social para el inicio del uso de drogas lo podemos observar cuando se indica que es 4.5 veces más probable que una persona use drogas si su padre o algún hermano lo hace, en el caso de que sea su mejor amigo esta proporción aumenta a 10.4 veces.

Respecto a la exposición a las drogas ésta es menor si los estudiantes se encuentran en la escuela en un 7% y el riesgo aumenta en un 5% en caso de que la persona no viva en familia, resulta contradictorio que existan el tabaco y alcohol como drogas legales ya que su uso condiciona de manera importante la incursión a las drogas.

Después de analizar el panorama nacional respecto al uso de las drogas es importante llegar al punto que considera el tratamiento; sólo una pequeña proporción de los usuarios representada por el 16.1% de los mismos acude a un tratamiento. Los grupos de ayuda mutua son recursos muy importantes ya que el 11.6% de las personas con alguna adicción acuden a ellos como fuentes de ayuda, mientras que el 5.5% asiste a los psicólogos y el 4% a los psiquiatras.

El abuso de alcohol o drogas en la familia es un factor de riesgo importante. Los problemas emocionales particularmente entre los jóvenes incrementan el riesgo de que utilicen alguna droga, dicho aspecto debe considerarse en los programas de la prevención.

2.3 La Prevención: Una solución sociológica al problema de las adicciones. Las aportaciones de Prestaciones Sociales.

Los Programas y Servicios que se ofertan a la población por parte de Prestaciones Sociales son esencialmente preventivos, estos incluyen el fomento a la salud como la columna vertebral para evitar enfermedades, adicciones y accidentes; y con ello impedir una disminución en el nivel de vida así como en el bienestar social de la población.

Las Prestaciones Sociales buscan prevenir adicciones a través del desarrollo de habilidades para la vida y la ocupación saludable y positiva del tiempo libre, lo anterior unido a una serie de valores y factores de protección para que los altos índices de consumo anteriormente revisados disminuyan, cumpliendo así con una de las funciones básicas establecidas en la Ley del Seguro Social para las Prestaciones Sociales.

La prevención contra las adicciones se realiza fomentando la práctica de conductas saludables para evitar prácticas de riesgo que lleven a desarrollen una adicción; las que, como se ha revisado en este capítulo tienen graves consecuencias en la salud, el entorno social y las perspectivas del futuro de quienes la padecen.

También se llama prevención a la articulación ordenada y coherente de los factores de protección, que son aquellas actitudes que ante una condición de riesgo, como el consumo de drogas, provocan una respuesta positiva en la persona, es decir, disminuyen las desventajas o la exposición al daño, incrementando la resistencia que se tenga al mismo. Algunos de estos son:

Comunicación familiar adecuada, interés por la escuela y habilidades sociales.¹⁴²

A mayor presencia de factores de protección en el entorno de una persona, esta tendrá menor riesgo de iniciarse en el consumo de drogas. Se puede decir que si un adolescente recibe afecto de sus padres y logra comunicarles sus dudas, temores e inquietudes, es buen estudiante y sus padres lo escuchan y acompañan, éste tendrá la capacidad de comprender qué situaciones le hacen daño y como protegerse de ellas.

Los factores de protección presentes en la prevención de adicciones son: la autoestima, el apego escolar, la comunicación familiar, las relaciones familiares favorables, la capacidad asertiva de comunicación, el tipo de educación y la resiliencia¹⁴³ humana y familiar, refiriéndose a la capacidad humana de protegerse contra los factores estresantes y de riesgo que lo ponen en peligro emocional o en este caso en peligro de una adicción.¹⁴⁴

Respecto a la Promoción de la salud, en 1986 la Carta de Ottawa establece como proporcionar los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer un mayor control sobre la misma. En 1990 la Organización Mundial de la Salud la define como “la suma de las acciones de la población, los servicios

¹⁴² Coordinación de Prestaciones Sociales, *Manual de prácticas para el Taller de Prevención de adicciones clave: 3000-021-082*, México, División de Bienestar Social, documento normativo IMSS, Noviembre de 2010. p. 23.

¹⁴³ El término resiliencia, originalmente pertenece al campo de la física y denota la capacidad de un material para recobrar su forma original después de haber sido sometido a altas presiones. En el área de la psicología, el concepto de resiliencia emergió en la década de los años 60 y 70 a partir de estudios realizados con niños que crecían y se desarrollaban en circunstancias adversas y de alto riesgo (extrema pobreza y/o padres esquizofrénicos) y, que a pesar de ello, mostraban un adecuado desarrollo psicológico.

María Guadalupe Jiménez Ambriz, *Resiliencia y vejez*, [en línea], Portal Mayores, nº 80. Lecciones de Gerontología, 17 pp., Madrid, Univ. Autónoma de Madrid, 07 de Febrero de 2008, Dirección URL: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/jimenez-resiliencia-01.pdf> [consulta: 28 de mayo de 2012]. p. 4.

¹⁴⁴ *Ibidem*.

de salud, las autoridades sanitarias y otros sectores sociales y productivos, encaminados al desarrollo de mejores condiciones de salud individual y colectiva".¹⁴⁵

La promoción de la salud se nutre de muchas disciplinas, creando una teoría y práctica que proporcionan a la población los medios para optimizar su salud; es un factor fundamental para lograr la prevención y control de adicciones ya que desarrolla habilidades para un mayor auto control sobre la salud personal y cumple una función de empoderamiento en el individuo al proporcionar información y conocimientos que permitirán a quienes los poseen tomar mejores decisiones para el correcto autocuidado de la salud.

"Para alcanzar un adecuado estado de bienestar físico, mental y social, un individuo o un grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar el medio ambiente o adaptarse a él".¹⁴⁶ Las referencias a los planteamientos de Amartya Sen en el primer capítulo de este trabajo encuentran en la afirmación anterior el sentido específico respecto al fomento y autocuidado de la salud: las realizaciones personales y el bienestar social; queda claro que las adicciones impiden la satisfacción de las realizaciones personales valiosas y con ello el bienestar social de los individuos, por ello es necesaria la prevención de adicciones como tarea fundamental de las Prestaciones Sociales del IMSS ya que ésta es una institución encaminada al bienestar social de los mexicanos.

La promoción de la salud identifica tres grandes estrategias:

1. Promover la creación de las condiciones sanitarias esenciales.

¹⁴⁵ *Ibidem.*

¹⁴⁶ Coordinación de Prestaciones Sociales, *Manual de prácticas para el Taller de Prevención de adicciones clave: 3000-021-082*, México, División de Bienestar Social, documento normativo IMSS, Noviembre de 2010. p. 25.

2. Facilitar que todas las personas puedan alcanzar y conservar un estado de salud integral.
3. Mediar a favor de la salud entre los distintos intereses existentes en la sociedad.

El Programa de Prevención y Control de Adicciones se enfoca en el segundo y tercer punto ya que al realizar sus acciones, se proporcionan los conocimientos necesarios para facilitar la protección de la salud en contra de que se presente una adicción, es decir, una enfermedad. A través de la firma de convenios con otras Instituciones encargadas de la prevención y control de adicciones se realiza la acción de mediar y dirigir el apoyo hacia los grupos vulnerables de desarrollar alguna adicción como son los niños, adolescentes y jóvenes. Uno de los intereses sociales es que estos grupos etarios logren realizaciones valiosas a su favor y para la sociedad.

Las estrategias de la promoción de la salud se apoyan en cinco áreas de acción prioritarias:

1. Establecer una política pública que favorezca la salud.
2. Crear entornos que apoyen y propicien la salud.
3. Fortalecer la acción comunitaria en favor de la salud.
4. Desarrollar las habilidades personales de la población.
5. Reorientar los servicios de salud.¹⁴⁷

De la misma manera, el Programa de Prevención y Control de Adicciones se establece como una política pública en contra de las adicciones y por ello a favor de la salud, las Prestaciones Sociales en general crean, apoyan y propician entornos saludables, favoreciendo una serie de acciones comunitarias de protección y a favor de la salud.

¹⁴⁷ *Ibidem.*

Las campañas del Programa se orientan a informar a la población en general sobre los riesgos de una adicción, los talleres de prevención de adicciones y de ayuda para dejar de fumar se enfocan al desarrollo de habilidades personales de protección a la salud y, la función de los convenios interinstitucionales es reorientan a la población que ya presenta consumo de sustancias o una adicción a los servicios de salud especializados para su control.

La promoción de la salud constituye un elemento de importancia clave para mejorar las estrategias de prevención en niños, jóvenes y adolescentes, ya que busca el desarrollo de hábitos de vida saludables que mejoren su calidad y nivel de vida y los proteja de alguna adicción.

La prevención de las Prestaciones Sociales es abordada en el ámbito social con una visión integradora de los diversos grupos de socialización de la persona como son: la familia, la escuela y la comunidad en su conjunto, así como a nivel individual ya que incluye aspectos como el deporte, la capacitación y la cultura para el bienestar social.

Prevención significa “venir antes”, es decir anticiparse y tomar las medidas necesarias para evitar que se presente algún problema, enfermedad o adicción; es pronosticar el fenómeno de la adicción en grupos que se encuentren en riesgo para disminuirlo a través de acciones que impacten en su conciencia y conocimiento sobre las consecuencias de una adicción en los distintos aspectos de la vida, a saber: salud, realizaciones, relaciones familiares y sociales. Como tal la sociología encuentra en la prevención una parte importante de la solución al problema de las adicciones.

La finalidad de esta prevención es evitar la presencia y desarrollo de una adicción; un punto fundamental de esta es que se enfoca a las causas de

las adicciones, en el caso de las prestaciones sociales lo hace a través de aumentar los factores de protección para disminuir la posibilidad de que se presenten las consecuencias negativas de las mismas.

La prevención universal también llamada primaria es general por lo que se dirige a toda la población, puede alcanzar a los padres, maestros, familiares y personas que conviven con niños, adolescentes y jóvenes.

El segundo nivel de prevención es la secundaria o selectiva, que organiza medidas tendientes a atacar de forma eficaz el problema en sus comienzos, esta se dirige a los niños, adolescentes, jóvenes y adultos que han iniciado el consumo de alguna sustancia legal como el tabaco o el alcohol; es importante señalar que en esta etapa de prevención ya se cuenta con un componente de control que intenta frenar el problema para que no llegue a provocar secuelas, en este caso se debe llevar la prevención a las escuelas y lugares de reunión de los niños, adolescentes y jóvenes que presenten comportamientos tendientes al desarrollo de alguna adicción.

En el tercer nivel de prevención esta la indicada o rehabilitatoria con fines de resocialización, ésta se da en casos en los que ya hubo una ruptura de la secuencia normal de la vida de la persona y de sus relaciones sociales, se trata de recuperar los ciclos de vida y socialización anteriores a la presencia de la adicción para que la persona pueda reintegrarse a las actividades que lo convierten en una persona activa socialmente.¹⁴⁸

De acuerdo a lo definido en el Programa sobre los tipos de prevención y sus ámbitos de aplicación, las 3 estructuras son las siguientes:

¹⁴⁸ Bruno J. Bulancio, *et. al.*, *El problema de la drogadicción, El enfoque interdisciplinario*, Argentina - México, Ed. Paidós, 1988, primera edición, p. 164.

- Universal: Va dirigida a la población en general y a todos los adolescentes aunque no presenten factores de riesgo de cara al consumo, busca evitar el consumo o al menos retrasar la edad de inicio en niños y adolescentes.
- Selectiva: Va dirigida a subgrupos de adolescentes o de la población en general que tienen mayor riesgo de ser consumidores, busca fortalecer factores protectores y detener el avance hacia un consumo problemático, por ejemplo durante el consumo experimental o los programas para hijos de padres adictos a alguna sustancia.
- Indicada: Va dirigida a grupos concretos de la comunidad que suelen ser consumidores y busca evitar que se progrese en el consumo y disminuir los problemas asociados a éste. Por ejemplo atención de adicción al tabaco, del abuso de alcohol y del uso de otras drogas, y sus consecuencias negativas o en casos particulares en grupos de alto riesgo para evitar la reincidencia por ejemplo: Un grupo de adolescentes con fracaso escolar y que ya han consumido alguna droga.¹⁴⁹

El Programa de Prevención y Control de Adicciones del IMSS contempla las 3 etapas de la prevención, a través del desarrollo de campañas que buscan incidir positivamente en la promoción de la salud a niños, adolescentes y padres de familia para evitar inicien el consumo de tabaco y de alcohol en la familia o la comunidad como parte de una prevención Universal.

Los Talleres de Prevención de adicciones y el de Ayuda para dejar de fumar, así como el taller de habilidades para la vida a fin de evadir la presión social de iniciarse en el consumo de sustancias forman parte de la prevención selectiva.

¹⁴⁹ Roberto Karam Araujo, *Programa de Prevención y Control de Adicciones*, documento interno de trabajo, México, IMSS, Coordinación de Prestaciones Sociales, s/editorial, 2010. s/p.

Y por último como parte de la prevención indicada se realiza la canalización de usuarios con problemas detectados a las entidades especializadas en el tratamiento de adicciones y con las que el IMSS ha contraído convenios interinstitucionales de colaboración: Alcohólicos Anónimos, Centros de Integración Juvenil y el Centro Nacional para la Prevención y Control de las Adicciones.

Si la prevención apunta a suprimir las causas de las adicciones y éstas son multifactoriales un Programa siempre quedará corto, ya que, éste no puede incidir de manera directa en la estructura familiar o en los problemas inherentes a la misma ya sean económicos, conyugales y otros. Sin embargo la prevención a la que se apuesta es la que se enfoca a crear conciencia sobre las consecuencias negativas de desarrollar una adicción, considerando que esta sensibilización debe ser interdisciplinaria se dan opciones de ocupación positiva del tiempo libre y se proporcionan herramientas para insertarse en el mercado laboral y aumentar el nivel de vida.

La Prevención debe considerar el aspecto cultural, económico, social y físico de las personas a las que se dirige, por lo que los servicios de Prestaciones Sociales del IMSS proporcionan en conjunto una opción de prevención integral que es viable como una solución sociológica al problema de las adicciones. Los aspectos sociales del Programa de Prevención y control de adicciones se analizan a mayor profundidad en el siguiente capítulo.

Considerando todo lo anterior, la prevención debe construirse como una política social gubernamental que conjunte los esfuerzos de diversas instituciones hacia la prevención integral; los esfuerzos deben centrarse en esta, dejando de verla únicamente como un apoyo al control de adicciones. Una política social de la prevención bien diseñada, implementada y evaluada puede repercutir de manera mucho más efectiva a disminuir los índices de adicciones en México apoyando con ello al bienestar social.

CAPÍTULO 3. ASPECTOS SOCIALES DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE ADICCIONES DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.

3.1 Objetivos y operación del Programa de Prevención y control de adicciones del IMSS.

El Programa de Prevención y Control de Adicciones de la Coordinación de Prestaciones Sociales opera en los Centros de Seguridad Social, a través de campañas y talleres, los servicios base del Programa son: La campaña de Prevención de Adicciones, El Taller de Prevención de Adicciones y El Taller de Ayuda para Dejar de Fumar.

Otros servicios de los que puede apoyarse el Programa para su desarrollo son: las pláticas de redes sociales de apoyo, el taller de prevención de la depresión, el taller de habilidades para la vida, del taller de control y manejo de estrés y el taller de autoestima; todos estos pertenecen a la estrategia de promoción de la salud de la División de Bienestar Social.

Los Servicios que se ofrecen en los CSS por las Divisiones de Deporte y Cultura Física y la de Desarrollo Cultural forman parte del enfoque integral de Prestaciones Sociales y, a través de ellos se procura que quienes los toman hagan uso positivo de su tiempo libre, desarrollen su sensibilidad y apreciación artística y tengan un manejo positivo de sus emociones, dichas actividades buscan ampliar las habilidades culturales y deportivas de la población mejorando con ello el bienestar social.

Algunos de los cursos de la División de Desarrollo Cultural que pueden servir de apoyo para el Programa son: el taller de sensibilización y apreciación artística cultural, el taller de música instrumental y vocal, el taller de artes visuales; del mismo modo, algunos de los servicios que pueden servir de apoyo al Programa de parte de la División de Deporte y

Cultura Física son: el taller de ejercicios físico y salud, el taller de yoga, el taller de acondicionamiento físico aeróbico y el taller de estimulación deportiva, entre otros, los talleres al igual que las campañas y las pláticas no tienen costo para los usuarios sean derechohabientes o no del IMSS, al contrario de los cursos que sí aplican una cuota de recuperación.

En el caso del tabaquismo Prestaciones Sociales realiza acciones conjuntas con el área médica del IMSS y los Centros de Integración Juvenil y a partir del acuerdo del H. Consejo Técnico del 30 de Agosto del 2006 se declara a las instalaciones médicas y no médicas del IMSS como áreas “Libres de humo de Tabaco”. El acuerdo se deriva de un convenio marco de la OMS contra el tabaco en el que se expresa la protección por la exposición a su humo.

En las UOPSI, se desarrollan también los eventos de Prestaciones Sociales dentro de los cuales el Programa puede echar mano de las ferias de la salud, de días internacionales como el Día Mundial de la Salud, el Día Mundial sin tabaco, el Día Mundial de la Juventud y de Eventos deportivos como caminatas, o carreras de la salud, eventos recreativos y deportivos, festivales deportivos y convivencias de integración familiar y social entre otros.

En el ámbito de Eventos y Servicio de Prestaciones Sociales también encontramos los círculos, clubs y grupos de ayuda mutua y, considerando los convenios interinstitucionales, que se revisan en el apartado siguiente, se celebran algunas fechas importantes para estas Organizaciones, como la semana nacional de paciente alcohólico encamado y la semana “Compartiendo esfuerzos” que se realiza la tercera semana del mes de enero de cada año, los voluntarios de la organización de Alcohólicos Anónimos desarrollan una Semana Nacional de Información en la que reparten folletería en las instalaciones del IMSS, dan consejería breve a las personas que lo soliciten y realizan juntas de información para quienes

deseen integrarse a algún grupo que forma parte de la Central Mexicana de Alcohólicos Anónimos. También existen convenios con Al Anón, que son grupos para familiares y esposas de alcohólicos y Alateen, programa con el trabajan los grupos de adolescentes con un familiar o amigo alcohólico.

El trabajo de Prestaciones Sociales se da en tres niveles: El primero es el nivel normativo, conformado por la Coordinación de Prestaciones Sociales y las Divisiones de; Bienestar Social, Desarrollo Cultural, Deporte y Cultura Física, Capacitación y Adiestramiento Técnico, así como Apoyo Técnico y Mejora de Procesos.

El segundo nivel, es el Nivel Delegacional compuesto por el Jefe de Servicios de Prestaciones Económicas y Sociales, el Departamento de Prestaciones Sociales y el Jefe de Oficina de; Bienestar Social y Desarrollo Cultural, de Deporte y Cultura Física y Atención a Pensionados, quienes se encargan de supervisar los servicios de su Delegación así como ser el enlace entre nivel normativo y operativo.

Por último el nivel operativo compuesto por las Unidades Operativas de Prestaciones Sociales Institucionales, dentro de los que se encuentran los Centros de Seguridad Social, los directores de las mismas y todo el personal encargado de operar los servicios, programas y proyectos para la atención y servicio a los usuarios.¹⁵⁰ El Nivel Normativo se dedica a elaborar los programas y proyectos que se implementarán en el nivel operativo.

¹⁵⁰ Véase, Coordinación de Prestaciones Sociales del IMSS, *Norma que establece las Disposiciones para el Otorgamiento de los Servicios de Prestaciones Sociales Institucionales*, México, IMSS, (autorizado por el entonces Director de Prestaciones Económicas y Sociales: Lic. Israel Raymundo Gallardo Sevilla, validado y registrado por la Unidad de Organización y calidad el 27 de Diciembre de 2011 con folio 015.) 41 pp.

El Programa de Prevención y Control de Adicciones informa a los usuarios sobre los riesgos y las problemáticas derivadas de una adicción al tabaco, al alcohol o a sustancias psicoactivas.

Las Campañas son: “Acciones intensivas, que se realizan en la comunidad, con la finalidad de sensibilizar y movilizar a los usuarios de nuestros servicios y a la sociedad en su área de influencia, con un propósito específico relacionado con: la existencia de problemas de salud identificados en la población, la convivencia social y el mejoramiento del medio ambiente de forma tal que ésta participe, se involucre y actúe”.¹⁵¹

Los talleres son una “Actividad educativa a través de la cual se facilita el proceso enseñanza-aprendizaje, comprende ejercicios vivenciales, dinámicas grupales y técnicas didácticas que propicien la adquisición del conocimiento, el fortalecimiento de actitudes, desarrollo de aptitudes y la modificación de la conducta”.¹⁵² En los talleres se unen la teoría y la práctica como proceso que desarrolla habilidades y capacidades que le permiten al individuo operar el conocimiento.

¹⁵¹ Coordinación de Prestaciones Sociales del IMSS, *Criterios Técnicos para la Programación Anual de Actividades y Servicios de Prestaciones Sociales 2012*, México, IMSS, documento interno de trabajo s/editorial, clave del documento: 3130-018-001, apartado: estándares para la prestación de los servicios en las UOPSI, p. 26.

¹⁵² Coordinación de Prestaciones Sociales del IMSS, *Criterios Técnicos para la Programación Anual de Actividades y Servicios de Prestaciones Sociales 2012*, *op. cit.*, apartado: estándares para la prestación de los servicios en las UOPSI, p. 30.

Cuadro 5. Servicios del Programa de Prevención de Adicciones.

Campañas del Programa de Prevención y Control de Adicciones				
Criterios de operación				
Nombre de la Campaña	Periodicidad	Meta Mínima	Unidad de Medida	Criterios Complementarios
Prevención de adicciones	1 vez al mes	120 personas por campaña	Asistencias	Es responsabilidad del Orientador Técnico Médico, Trabajo Social y Promotor de Salud Comunitaria, considera acciones intensivas para la prevención del alcoholismo, tabaquismo y farmacodependencia; así como la detección y en su caso, la derivación a Centros de Atención Especializada; a través de conferencias y elaboración de periódicos murales, con la participación de alumnos y población usuaria, difusión de carteles y trípticos en donde se aborden las causas y problemas derivados de las adicciones y los factores protectores que pueden contribuir a su prevención.

Talleres del Programa de Prevención y Control de Adicciones		
Criterios de operación		
Nombre	Duración (horas)	Meta Mínima de Alumnos por Grupo
Prevención de adicciones	8	12
Ayuda para dejar de fumar	10	12
Talleres de los que se puede apoyar el Programa de Prevención y Control de Adicciones		
Prevención de la depresión	10	12
Habilidades para la vida	8	10
Control y manejo de estrés	10	10
Autoestima	10	10
Grupo de ayuda mutua	10	10

Los Objetivos del Programa de Prevención y Control de Adicciones respecto al alcoholismo son:

- Evitar el consumo temprano de alcohol,
- Prevenir el abuso de bebidas embriagantes,
- Reducir los niveles de alcoholismo en la población,
- Detectar y orientar hacia un tratamiento eficaz a esta problemática,
- Desarrollar investigación en salud y social de sus causas, efectos, intervenciones e impacto,
- Derivación a centros de ayuda especializada (grupos AA).¹⁵³

Los objetivos de las acciones de Prevención y Control del Tabaquismo y del Taller de Ayuda para Dejar de Fumar son:

- Apoyar en el proceso de dejar de fumar al personal del IMSS y a la población usuaria que así lo desea, proporcionar información, aplicar dinámicas vivenciales y ejercicios que les ayuden a superar la adicción a la nicotina y a vencer la dependencia al tabaco,
- Crear y promocionar las Áreas 100% Libres de Humo de Tabaco,
- Reducir de manera continua y sustancial el número de fumadores activos e involuntarios del tabaco,
- Prevenir hasta eliminar la fracción de enfermedades y muertes prematuras atribuibles a la exposición al humo del tabaco,
- Proteger a los fumadores pasivos de la exposición involuntaria al humo de tabaco ajeno.¹⁵⁴

Reconocimiento de Edificios Libres de Humo de Tabaco:

- Cumplir con la Ley General de Control de Tabaco y su reglamento, así como Políticas Institucionales,
- Elaborar un programa para la protección de los no fumadores,
- Difundir dicho programa (Sensibilización),
- Solicitar a CONADIC visitas de evaluación y visitas de verificación a la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) de la Secretaría de Salud.

¹⁵³ Roberto Karam Araujo, *Programa de Prevención y Control de Adicciones*, documento de trabajo, México, IMSS, División de Bienestar Social. 2010. s/p.

¹⁵⁴ *Ibidem.*

- Aprobar el dictamen para el distintivo.

Los Objetivos de las acciones del Programa en cuanto a prevención de drogas son:

- Evitar las adicciones, por los efectos y daños que provoca su dependencia en la salud.
- Evitar el inicio y consumo de sustancias psicoactivas en niñas, niños y adolescentes.
- Promover la abstinencia o consumo responsable de alcohol en jóvenes usuarios de los servicios del IMSS, sus padres y trabajadores del Instituto.
- Evitar el consumo y la exposición al humo tóxico de tabaco como una medida de prevención de enfermedades crónico-degenerativas asociadas a su uso.
- Desalentar el consumo de drogas ilegales en la comunidad derechohabiente, usuaria de los servicios de Prestaciones Sociales y trabajadores del IMSS.
- Vincular a los usuarios, trabajadores y derechohabientes que así lo decidan y requieran a Instituciones especializadas en el tratamiento contra las drogas, tales como Centros de Integración Juvenil (CIJ; 40 años de experiencia) y la Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos (AA; 75 años de experiencia), instancias que apoyan su tratamiento bajo seguimiento permanente del Instituto.¹⁵⁵

¹⁵⁵ *Ibidem.*

3.2 Aspectos Sociales del Programa de Prevención y Control de Adicciones.

Se consideran aspectos sociales del Programa aquellos enfocados a establecer un enlace con la sociedad o con los grupos a los que va dirigido y que representan por ello la posibilidad de consecución del mismo. Los aspectos sociales son intrínsecos a los grupos, son esenciales a su desarrollo y singularizan a una colectividad; ellos definen a un grupo y lo diferencian de otros, son las características de la población en cuanto a: su nivel educativo, el sexo que predomina, su nivel económico, sus características culturales, sus rangos de edad, sus intereses y objetivos individuales o en común, sus rasgos de salud, el tipo de prácticas sociales que realizan y la atención de sus particularidades al tratarse de una población rural o urbana. La consideración de dichos aspectos es fundamental en cualquier programa de políticas públicas o de políticas sociales, ya que de no hacerlo es casi imposible su éxito al implementarlo.

El Programa actualmente contempla los aspectos sociales de enlace interinstitucional, relación que el IMSS establece con la sociedad, el que representa una fortaleza para su desarrollo ya que contempla una campaña de Prevención de adicciones que busca acercarse a la población haciendo promoción de los servicios de Prestaciones Sociales, considera un conjunto de estrategias de concientización preventiva sobre adicciones dirigida a la población usuaria de los servicios de Prestaciones Sociales como son los talleres y sus manuales y cuenta con la infraestructura Institucional y el personal para su operación.

De acuerdo a lo revisado en los capítulos anteriores, la prevención de adicciones debe dirigirse principalmente a los grupos de edad que son más vulnerables de caer en alguna adicción y ellos son los niños, adolescentes y jóvenes, ello no excluye a los otros grupos etarios sin embargo la mayor parte de esfuerzos debe dirigirse a aquellos que son más susceptibles de

caer en alguna adicción por su desarrollo físico, mental y emocional, su necesidad de pertenencia y la constante exposición a los medios masivos de comunicación, que presenta prototipos sociales que los inducen a hacer uso de algunas sustancias.

La proyección de los aspectos sociales en cualquier programa debe considerar las características de la población a la que se dirige para asegurar su éxito e impacto social.

La mayoría de la población que acude a los CSS y hace uso de los servicios de Prestaciones Sociales son adultos mayores, por lo que las estrategias de promoción como la Campaña de Prevención de Adicciones que ofrece el Programa, puede no llegar a los grupos sociales de interés para el mismo; de no contemplar las estrategias sociales y de comunicación adecuadas para alcanzar a dichos grupos las campañas no cumplirán su objetivo.

Por lo anterior, es necesario incluir en las estrategias para mejorar la campaña, el acercamiento a la población en la que se encuentren grupos con un rango de edad a partir de los 11 a los 17 años y de los 18 a los 29 años; es oportuno acercarse a los niños, adolescentes y jóvenes que se encuentran inscritos en las actividades de Deporte y cultura Física utilizando las instalaciones de Prestaciones Sociales pero, es necesario también romper las barreras de los CSS y salir a hacer promoción intensiva en las comunidades contiguas así como considerar los espacios en donde se pueden encontrar a estos grupos de edad.

Para un acercamiento certero con estos grupos etarios, se deben definir los intereses de los mismos, considerando su desarrollo cultural, para poder ofrecer opciones positivas y atractivas para el uso del tiempo libre.

Los servicios de Desarrollo Cultural pueden hacer sinergia con los de Bienestar Social para la elaboración y diseño de publicidad, periódicos murales y carteles de promoción del Programa considerando las imágenes, mensajes, lenguaje y colores que sean atractivos para estos grupos.

Es necesario desarrollar una campaña de comunicación social específica para niños, adolescentes y jóvenes, así como la inclusión de políticas enfocadas a estos grupos etarios sin descuidar el resto de los procesos del Programa.

Otro aspecto social de interés para el programa es la escolaridad y los conocimientos de los grupos a los que se dirige la prevención de adicciones; para establecer las estrategias más adecuadas para el acercamiento efectivo se puede hacer un estudio por Estado con los datos del Sistema del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) para tener más detalles al respecto y elaborar las campañas considerando la escolaridad promedio de los grupos etarios de cada entidad.

Aunque la mayoría de las personas que pasan por alguna adicción son hombres hay una creciente feminización de las adicciones por lo que la comunicación social debe considerar los enfoques de género actuales.

La ocupación de las personas a las que se orienta el acercamiento social es también importante para el éxito del programa, al considerar si son estudiantes o personas que laboran, su posición económica y sus intereses laborales u ocupacionales se pueden definir horarios accesibles para la programación de cursos, así como los intereses y necesidades que influirán en el éxito del Programa.

Se debe realizar una detección de necesidades de información e intereses antes de iniciar los talleres del Programa e incluir una cédula de

satisfacción al finalizar los mismos, esta debe enfocarse específicamente a las particularidades del Programa.

Prestaciones Sociales debe retomar los programas de atención específicos para niños, adolescentes y jóvenes que en algún momento realizó, estos grupos etarios son mayoría poblacional por lo que hay que atender las necesidades sociales derivadas de los cambios sociodemográficos de la población mexicana.

Debido a la baja productividad que se observó al realizar un análisis cuantitativo de los servicios del Programa se debe establecer una comunicación más efectiva con las Delegaciones para capacitar al personal encargado de operarlo, dotándolos de una capacitación especializada en adicciones que los sensibilice sobre el problema de salud pública y social que representan actualmente las adicciones.

3.3 Convenios Interinstitucionales del Programa de Prevención y Control de Adicciones

Una de las fortalezas del Programa son los convenios de colaboración con otras instituciones especializadas en el trato de adicciones, se trata de un aspecto social positivo ya que con ellas se hace sinergia de comunicación interinstitucional para el éxito del PPCA.

Desde el año 2008 se da un enfoque integrador a las actividades de la División de Bienestar Social en materia de prevención de adicciones, al crearse el Programa de Prevención y Control de Adicciones el cual tiene por objetivo: “Incidir de forma positiva en el desarrollo de conductas protectoras que eviten el desarrollo de una adicción a sustancias en la población usuaria de los servicios de Prestaciones Sociales del IMSS”.¹⁵⁶

Como una de sus tareas iniciales se realizaron todas las gestiones necesarias para actualizar y retomar los convenios de colaboración interinstitucionales con entidades especializadas en el tratamiento de adicciones. Lo anterior con el objetivo de potencializar las relaciones establecidas tiempo atrás con ellas, las Prestaciones Sociales del IMSS forman parte de una Institución gubernamental enfocada a la salud que busca tener un apoyo sólido de intercambio de experiencias para mejorar continuamente a través de la retroalimentación en los servicios y estrategias preventivas en materia de adicciones.

Una de las fortalezas del programa es la posibilidad de potencializar los compromisos establecidos en los Convenios Interinstitucionales con organismos especializadas en dicha materia.

¹⁵⁶ Roberto Karam Araujo, *Programa de Prevención y Control de Adicciones*, documento interno de trabajo, México D.F., IMSS, División de Bienestar Social, s/editorial, 2010. s/p.

3.3.1 Convenio IMSS - Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos.

La Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos A.C es la segunda institución más grande y sólida a nivel mundial respecto al combate y tratamiento del alcoholismo, después de asociaciones análogas de Estados Unidos y Canadá.

La Central es una asociación civil constituida el 10 de marzo de 1970, tiene entre uno de sus objetivos la prestación de servicios generales de rehabilitación a fin de colaborar con la recuperación y reintegración de los pacientes con alcoholismo; el propósito de La Central es promover la labor de prevención y combate de adicciones que desempeñan los grupos de AA a lo largo del país; para conseguirlo está organizada en 2 territorios: norte y sur, seis regiones, 81 áreas y tiene a su cargo la coordinación de 14,000 Grupos de Alcohólicos Anónimos de los conocidos como de “hora y media” diseminados en toda la República Mexicana, los cuales trabajan con la metodología de los “Doce Pasos”.¹⁵⁷

El IMSS a través de este convenio busca capitalizar la experiencia de AA, a través de La Central, en materia de prevención y combate al alcoholismo, así como el éxito que AA ha tenido en la rehabilitación de pacientes alcohólicos beneficiando la salud, atención y calidad de vida de los trabajadores, derechohabientes y usuarios del IMSS y beneficiar con ello a sus familias.

El 28 de Mayo de 1996 se signa el convenio de apoyo y colaboración entre el IMSS y la Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos

¹⁵⁷ Dirección General, Dirección Jurídica del IMSS - Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos A.C., *Convenio General de colaboración IMSS-AA*, México, 19 de Enero de 2009, 11 pp., documento de referencia y trabajo interinstitucional, [en línea red interna de trabajo IMSS, no disponible para acceso externo], p. 1-2.

Anónimos A.C.; el Programa opera con un segundo convenio que actualiza al primero, dejándolo sin validez, se firma el 19 de Enero del 2009.

En los acuerdos conjuntos se establece “desarrollar acciones de promoción de la salud que procuren estilos de vida saludables, previendo el consumo temprano así como el abuso de alcohol, con el objetivo de reducir los niveles de alcoholismo así como dar un tratamiento eficaz a quienes ya padecen el abuso de alcohol y “Difundir en sus respectivas instalaciones los servicios que ambas instituciones ofrecen en beneficio de la comunidad”.¹⁵⁸

Una de las tareas de Prestaciones Sociales es identificar a la población propensa al alcoholismo, así como a aquella que padece problemas con el consumo excesivo de alcohol con el objetivo de desarrollar acciones necesarias para su prevención y recuperación.

Ya como parte del desarrollo de las acciones preventivas, se busca informar al individuo y su familia sobre los problemas derivados del alcoholismo así como la manera de prevenirlo y su rehabilitación.

Respecto al punto del convenio que determina el desarrollo de un programa de difusión conjunta dirigida a la prevención y combate al alcoholismo y el fomento de estilos de vida saludables, se realizan eventos conjuntos en fechas establecidas con anticipación por las propias Instituciones, como la “Semana nacional del enfermo alcohólico encamado”, que es un evento que tiene la finalidad de coordinar esfuerzos con los Centros de Atención Médica del país para llevar el mensaje de Alcohólicos Anónimos a los enfermos alcohólicos encamados que están internados en las instalaciones médicas del IMSS.

¹⁵⁸ Dirección General, Dirección Jurídica del IMSS - Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos A.C., *Convenio General de colaboración IMSS-AA, op. cit.*, p.5.

El IMSS se compromete a seleccionar de entre su personal a quienes recibirán las sesiones públicas de información contra el alcoholismo que dará la Central, a facilitar el uso de las instalaciones de los servicios médicos y sociales para que la Central pueda difundir la información referente a la prevención y combate al alcoholismo, a detectar a las personas con problemas de alcoholismo y canalizarlas junto con sus familias a La Central y a crear un mecanismo de registro y control que permita dar un seguimiento de los pacientes alcohólicos integrados a la Central.

A permitir que los grupos afiliados a la Central puedan dar información en las instalaciones del IMSS entre los derechohabientes y usuarios así como a difundir los servicios que ofrecen los grupos de la Central entre los trabajadores, usuarios y derechohabientes y a designar al menos a un responsable dentro de cada Delegación para que de seguimiento de las acciones del Convenio.

La Central se compromete a implementar las acciones necesarias para organizar juntas públicas de información dirigidas a los trabajadores, derechohabientes y usuarios proporcionados por el IMSS que padezcan alcoholismo, brindar información de la metodología de “Los Doce Pasos” y apoyo al personal capacitado del IMSS asignado como “facilitador”, incentivar la cooperación de los grupos afiliados a la Central para desarrollar programas de tratamiento y rehabilitación del alcoholismo, atender de manera oportuna y eficaz a los pacientes alcohólicos derivados del IMSS hacia los grupos que La Central determine e informar al IMSS sobre su evolución clínica.

3.3.2 Convenio IMSS – Centros de Integración Juvenil

Para el trato de las adicciones a sustancias psicoactivas el IMSS ha firmado convenios con la Empresa de Participación Estatal Mayoritaria del Sector Salud fundada desde 1982 denominada Centros de Integración Juvenil, cuyo objetivo principal es participar con la comunidad en la prevención, tratamiento, rehabilitación e investigación de la fármacodependencia, alcoholismo y tabaquismo entre la juventud.

El 28 de Mayo de 1996 se firmó un primer convenio y el 31 de Octubre del 2008 se firma el segundo el cual actualiza al primero y lo deja sin validez, de este último se derivan las acciones conjuntas operadas en la actualidad.

El Objeto del Convenio es: “Sentar las bases de colaboración y apoyo interinstitucional, que permitan beneficiar al personal y a los derechohabientes de ‘EL IMSS’, a través de la implementación de programas de promoción y educación para la salud, prevención de adicciones y atención terapéutico - rehabilitatoria para pacientes adictos y sus familiares, de investigación en salud y social: de sus causas, efectos, intervenciones e impactos, entre otros; así como de formación de recursos humanos y capacitación de personal en este campo”.¹⁵⁹

El Convenio establece el compromiso del desarrollo vinculado de promoción de la salud, prevención, detección temprana, tratamiento efectivo, atención terapéutica y rehabilitatoria e investigación de las adicciones dirigido a: personal del IMSS, asegurados, derechohabientes y usuarios (otros).

¹⁵⁹ Dirección General, Dirección Jurídica del IMSS – Centros de Integración Juvenil A.C., *Convenio de colaboración y apoyo interinstitucional IMSS-CIJ*, México, 31 de Octubre de 2008, 10 pp., documento de referencia y trabajo interinstitucional, [en línea red interna de trabajo IMSS, no disponible para acceso externo], p. 3.

Haciendo uso de la infraestructura y servicios del IMSS, así en el caso de los servicios médicos se establecen las unidades médicas, las unidades sociales son las UOPSI, en las oficinas administrativas, en su caso centros de trabajo de las empresas afiliadas al IMSS y en los módulos de PREVENIMSS.

La cobertura será en las localidades donde haya coincidencia geográfica de las unidades operativas médicas y sociales del IMSS con las de CIJ, quien en la cláusula tercera “Compromisos de CIJ” se compromete a: implantar programas de promoción de la salud y prevención de adicciones con los trabajadores, derechohabientes y usuarios en los sitios que de manera conjunta se determinen como necesarios. Así como instrumentar los mecanismos necesarios para instalar y operar clínicas, servicios y talleres para abandonar el tabaquismo, alcoholismo y drogadicción, proporcionar cursos de promoción a la salud, orientación y capacitación en temas de prevención de adicciones, identificación de población en riesgo y población adicta, tratamiento rehabilitatorio con enfoque dirigido a personal de área médica y social, a trabajadores sociales, docentes, instructores y orientadores y pláticas a los usuarios como lo determine el IMSS.

Los compromisos del IMSS son: Seleccionar al personal de salud, social y administrativo del IMSS que recibirá las sesiones de capacitación y orientación por parte del CIJ, proporcionar instalaciones y apoyo de materiales necesarios para que el CIJ pueda impartir las sesiones tanto en el IMSS como en las empresas afiliadas, así como detectar y canalizar oportunamente a CIJ al personal que fuma y quisiera dejar de fumar y a personas con problemas de adicciones y a su familia, contar con un registro de los casos referidos que permitan dar seguimiento a la evolución de los referidos.

3.3.3 Convenio IMSS - Centro Nacional para la Prevención y Control de las Adicciones (CENADIC) - Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF).

Un tercer convenio para la prevención y control de las adicciones a sustancias psicoactivas es el firmado el 09 de Febrero 2012 con el Centro Nacional para la Prevención y Control de las Adicciones (CENADIC) y en colaboración con el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF).

CENADIC es un Órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud (adscrito de la subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud), que instrumenta y coordina la ejecución del contenido de la política y estrategias nacionales en materia de atención de adicciones, siendo el órgano principal de la Institución de Salud que coordina todas las políticas y acciones de instancias gubernamentales.

El convenio establece los mecanismos de relación interinstitucional de apoyo para que el IMSS pueda hacer uso de los Centros Nueva Vida que son unidades dependientes de los Servicios Estatales de Salud, servicios médicos de prevención de adicciones dirigidos al usuario y su familia con especialistas que proporcionan servicios de calidad.

Debido a que este convenio se encuentra signado muy recientemente aún no se cuentan con los instrumentos operativos que aterrizen las políticas establecidas entre ambas instituciones.

Los Convenios interstitucionales son una de la Fortalezas del Programa los que pueden potencializarse mejorando las estrategias preventivas del mismo.

Los Beneficios que los Convenios aportan al Programa son los siguientes

- Atención especializada a trabajadores del IMSS y asegurados en sus centros de trabajo, de los derechohabientes a través de UMF y usuarios de Prestaciones Sociales en el uso de sustancias psicoactivas.
- Formación de recursos humanos en la prevención universal (multiplicadores, promotores).
- Realización de pláticas, campañas y eventos sobre prevención de adicciones. Material de difusión como el que se encuentra en la página principal de la Comunidad de la Coordinación de Prestaciones Sociales, bajo el título “Centros de Integración Juvenil”
- Debido a que es posible rehabilitar con éxito, el tratamiento se debe apoyar en las estrategias de grupos especializados: Centros de Integración Juvenil, Grupos de AA.¹⁶⁰

¹⁶⁰ Dirección General, Dirección Jurídica del IMSS – Centro Nacional para la Prevención y Control de las Adicciones – Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, *Convenio de colaboración y apoyo interinstitucional IMSS – CENADIC - DIF*, México, 9 de Febrero de 2012, 14 pp., documento de referencia y trabajo interinstitucional, [en línea red interna de trabajo IMSS, no disponible para acceso externo].

3.4 Análisis cuantitativo de resultados del Programa en el Sistema Gerencial del IMSS durante el año 2011.

El análisis de resultados de la productividad del Programa de Prevención y Control de Adicciones se realiza considerando las tres actividades programadas en los criterios de operación 2011: La campaña de Prevención de adicciones, el taller de Prevención de adicciones y el taller de Ayuda para dejar de fumar. Los datos cuantitativos se toman del Sistema Gerencial (SG) del Sistema de Información de Prestaciones Sociales Institucionales (SIPSI).

La programación anual de actividades de las Delegaciones desempeña la función de metas del Programa por año, las definen los Jefes de Oficina y los directores de Unidad de cada Delegación; la Coordinación de Prestaciones Sociales puede intervenir en dicha programación a través de los Jefes de División comentando el interés e importancia de cada programa para incrementar la programación de una actividad en particular, ello se hace durante la Reunión Nacional, en la que se han realizado las programaciones de actividades en los últimos años, cabe señalar que esta manera de programar cambia con cada administración gubernamental.

La División de Apoyo Técnico y Mejora de Procesos diseñó un sistema de semáforo que indica 3 colores para la programación anual de actividades, el color verde señala cuando una actividad mantiene el estándar histórico de programación o cuando aumenta moderadamente la productividad; el color amarillo indica si la programación es coherente con el estándar histórico para dicha actividad pero está moderadamente baja o alta y por último el color rojo indica un problema o desfase relevante en la programación que se ha realizado en años anteriores, así como la indicación de que no se programó si en otros años se ha hecho.

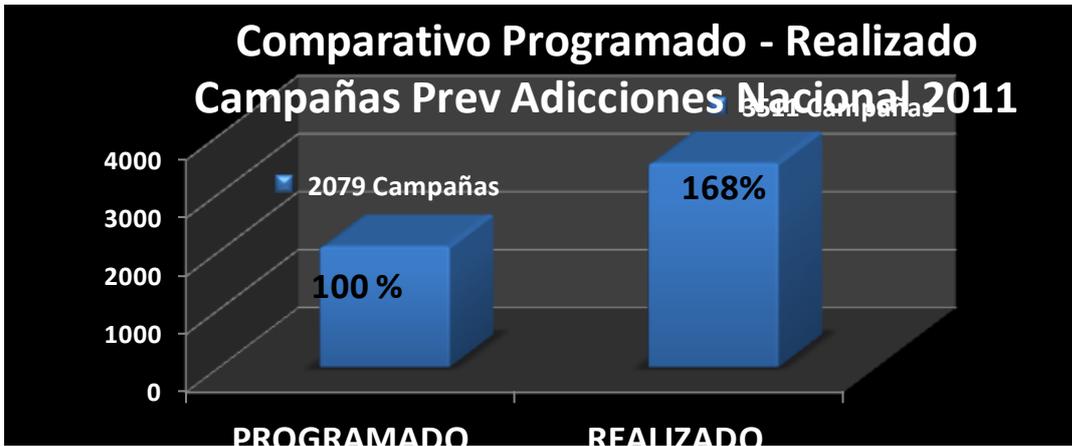
Las actividades del Programa de Prevención y control de adicciones se han desarrollado sin mucha variación durante los últimos 3 años en relación con los resultados del año 2011, por lo que, la tendencia histórica es esencialmente la misma.

A continuación se analizan los resultados por actividad del Programa a nivel nacional recordando que “Los ‘criterios’ son normas evaluativas utilizadas para juzgar la ‘bondad’ de los resultados de la política que han sido proyectados en cada una de las alternativas (programas)”¹⁶¹ y que los criterios se utilizan para juzgar resultados y no alternativas (programas), aún cuando los programas son evaluados por ellos no lo hacen directamente, al hacerlo de esta manera podemos ver que hay buenos resultados independientemente de si queremos aplicar tal o cual alternativa lo que nos permitirá distinguir que una alternativa puede o no dar los resultados que esperamos. Al establecer los criterios es posible buscar otras alternativas que nos permitan alcanzar los resultados que deseamos. Los criterios seleccionados para ser evaluados se basan en la definición del problema y es un proceso continuo.

a) Campaña de Prevención de Adicciones.

En el año 2011 se programaron campañas de Prevención de Adicciones en 34 de las 35 Delegaciones de la República, es decir en el 97% de ellas. Las 34 Delegaciones cumplieron con las metas definidas y las superaron ya que se programaron 2079 campañas, realizándose en total 3511, por lo que la meta superó un 68% lo programado.

¹⁶¹ Eugene Bardach, *op. cit.*, p. 37.



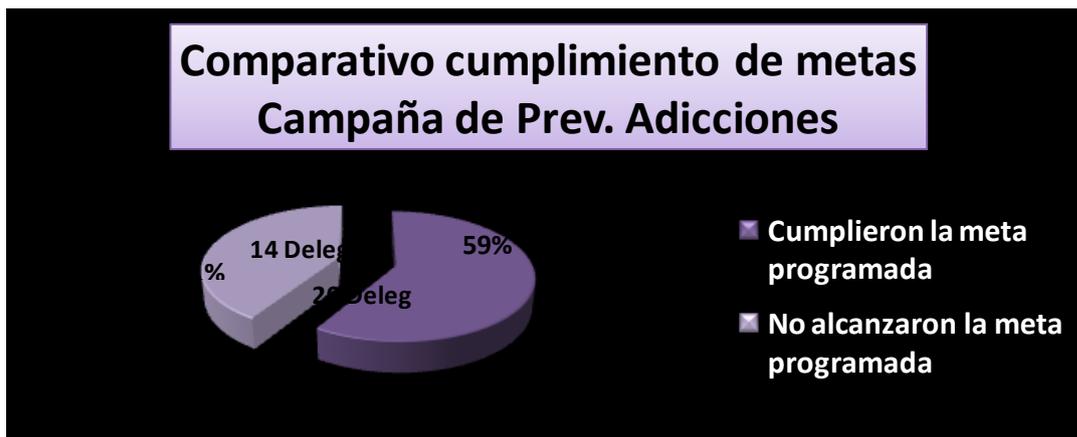
De acuerdo con la gráfica anterior se puede decir que respecto a la campaña de Prevención de Adicciones casi la totalidad de la Delegaciones se dio a la tarea de realizar alguna actividad preventiva o de información respecto a las adicciones, el único Estado que no programó la campaña fue Baja California Sur, Estado que presenta una de las tasas más altas de consumo de alcohol y drogas ilegales, ocupando el octavo lugar de entre los catorce Estados de la República que presentan un intervalo de consumo de drogas por encima de la prevalencia nacional, Baja California Sur presenta una incidencia acumulada del 8% en la tasa de consumo de drogas y se ubica en el lugar 14 de consumo de alcohol en toda la República, porcentajes ambos altos, para no realizar acciones preventivas como las campañas.

Veinte Delegaciones, que representan el 59% de las que participan en la programación de la campaña, alcanzaron la meta que se fijaron en todos los CSS de su Delegación; y catorce, que representan el 41%, no la alcanzaron; por lo que la tendencia es de un 40% de incumplimiento de las Metas en los Centros de Seguridad Social.

Uno de los CSS que no cumplió la meta fue el CSS Tijuana, ubicado en la Delegación Baja California, estado que presenta un 9.6% de incidencia acumulada en el consumo de drogas y que es el tercero más alto a nivel nacional, de acuerdo a especialistas Tijuana es la metrópoli que

proporcionalmente tiene el mayor número de personas adictas a drogas ilegales en todo el país con 1.5% de personas adictas a drogas ilegales (representa el Estado con niveles más altos de consumo de marihuana, cocaína, heroína y principalmente de estimulantes tipo anfetamínico), más del doble de la media nacional (.7%) ¹⁶² y de acuerdo a la ENA 2008, Baja California presenta también un alto consumo de drogas en las mujeres y forma parte de los 11 estados que superan la media nacional al respecto, presentando un consumo femenino de 5.1 % sólo después de Guanajuato que representa un 5.2 %.

Baja California no presenta niveles altos de consumo de alcohol, lo que la vuelve una entidad de personas adictas a drogas *duras*. Todas las razones anteriores muestran una falta de compromiso con la prevención de adicciones por parte del personal del IMSS encargado de operar el programa en dicha entidad, así como una grave falta de supervisión respecto a la programación por parte del nivel normativo y Delegacional, lo que hace necesaria la implementación de medidas al respecto.



¹⁶² Véanse: Roberto Garduño, “Al amparo de la policía, el *crystal* envenena a miles de tijuaneños”, periódico La Jornada, sección “Política”, México, jueves 12 de marzo, 2009, [en línea] Dirección URL: <http://revistaemet.net/nota/tijuana-tiene-el-mayor-indice-de-consumo-de-drogas-ilicitas-del-pais/3484/> [consulta 30 de mayo de 2012].

Julieta Martínez, “Aumenta drogadicción en Mujeres de Tijuana”, periódico El Universal, sección “Estados”, México, viernes 18 de marzo, 2011, [en línea], Dirección URL: <http://www.eluniversal.com.mx/notas/752945.html> [consulta 30 de Mayo de 2012].

Revista electrónica emet, “Tijuana tiene el mayor índice de consumo de drogas ilícitas del país”, México, 30 de agosto de 2011, [en línea], Dirección URL: <http://revistaemet.net/nota/tijuana-tiene-el-mayor-indice-de-consumo-de-drogas-ilicitas-del-pais/3484/> [consulta 30 de Mayo de 2012].

La gráfica anterior indica una débil responsabilidad de parte de las Delegaciones con la difusión del Programa entre la población próxima a los CSS, lo anterior puede deberse a una falta de concientización sobre la dimensión del problema, así como un desconocimiento de los acuerdos interinstitucionales con las dependencias especializadas en cuanto a la prevención de adicciones, con quienes se puede hacer sinergia para la implementación de campañas de prevención de adicciones en las que se haga del conocimiento de la población la existencia de los talleres que Prestaciones Sociales aporta para la prevención de dicho problema, así como se socialicen las demás actividades que apoyan dicha prevención.

b) Taller de Prevención de Adicciones.

El Taller de Prevención de Adicciones Se programó en 20 de las 35 Delegaciones, es decir en el 57% de ellas. Se alcanzó la totalidad de alumnos programados ya que 3,661 usuarios en toda la República tomaron el taller.



El taller se impartió en 49 CSS lo que representa una cobertura del 40% de los CSS, también se dio en 1 Unidad Deportiva y 1 CECEM, lo que representa una cobertura muy baja del Programa en el resto de las UOPSI.

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Adicciones 2008 los dos estados con mayores niveles de consumo de drogas son: Quintana Roo que presenta una incidencia acumulada de 11.2% en el sur de la República y Tamaulipas en el norte con 11.1% de incidencia, respecto a la adicción al alcohol los estados con mayor consumo consuetudinario son Tamaulipas y Baja California Sur, en ninguno de estos tres estados se programó durante el año 2011 el Taller de Prevención de Adicciones; en el caso de la programación de la Campaña, Quintana Roo programó dos eventos en el CSS Chetumal, realizando tres, las que reportan una asistencia de 370 personas, la asistencia mínima por campaña es de 120, por lo que se cubrió sólo el mínimo.

Especial atención requiere la Delegación Tamaulipas ya que es el estado que de acuerdo a la ENA 2008 presenta índices más altos en consumo de alcohol y drogas ilegales; Tamaulipas cuenta con 2 CSS: CSS Cd. Mante y CSS Nuevo Laredo y 3 CSS Participativos; CSS Part. Reynosa, CSS Part. Cd. Victoria y CSS Part. Tampico.

Esta Delegación programó en total 119 campañas (prevención universal), las que considerando el mínimo de asistencias debía haber informado a 14,280 personas, en el caso de las campañas se superó la meta por 27 eventos, cubriendo un total de 32,709 asistencias, sin embargo los CSS Participativos Reynosa y Tampico no alcanzaron sus metas. Respecto a la productividad del Taller de Prevención de Adicciones que representa una prevención selectiva y que sería la más adecuada para Tamaulipas, la situación es preocupante ya que la Delegación no programó ningún Taller.

Considerando los niveles de alcoholismo y drogadicción de Tamaulipas y la capacidad instalada de sus UOPSI, el IMSS tiene la responsabilidad de hacer un análisis profundo de instrumentos como la ENA para definir las metas mínimas de cada Delegación y dar el apoyo necesario para su cumplimiento.

CAMPAÑA Y TALLER DE PREVENCIÓN DE ADICCIONES 2011, EDO. TAMAULIPAS						
PROGRAMADO				REALIZADO		DIFERENCIA
Delegación	Centro de Seguridad Social	Actividad	Eventos	Eventos	Asistencias	Eventos
TAMAULIPAS	C.S.S. CIUDAD MANTE	campana	39	49	17721	más 10
	C.S.S. NUEVO LAREDO	campana	11	23	2050	más 13
	C.S.S. PART. CD. VICTORIA	campana	24	46	7930	más 22
	C.S.S. PART. REYNOSA	campana	25	9	1200	menos 16
	C.S.S. PART. TAMPICO	campana	20	18	3808	menos 2
	TODOS LOS CSS	taller	0	0	0	Ninguno
TOTALES		CAMPAÑAS	119	145	32709	Más 27

La mayoría de los Estados que presentan altos índices de consumo de drogas, se ubican en el norte del país y de acuerdo a la ENA 2008 son: Baja California, con una incidencia acumulada del 9.6% de consumo, no obstante esa Delegación no programó talleres de Prevención de Adicciones, es el mismo caso para Chihuahua y Durango que presentan ambos el 8.2% de incidencia en el consumo de drogas y tampoco programaron el taller, así como Baja California Sur que tiene un 8% y no programó ningún Taller en ninguna de sus UOPSI.

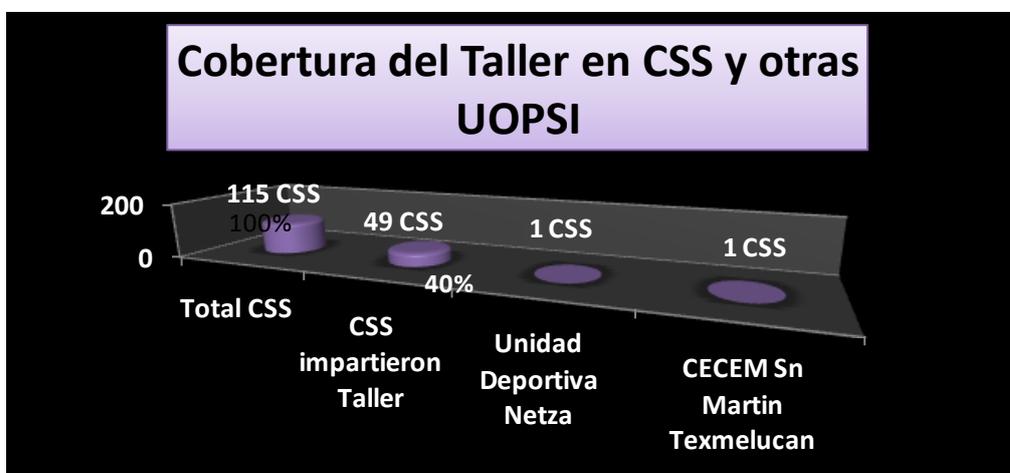
Respecto al consumo de alcohol los Estados con índices más altos son: Aguascalientes (no programó el Taller), Zacatecas (programó el curso en la totalidad de sus Unidades: 1 CSS y un CSS Participativo), Nayarit (programó en 1 CSS de 2, el 50%), Michoacán (1 de 3, 33%), Hidalgo (1 de 3), Distrito Federal (5 de 15, 33%), Quintana Roo (no programó). Por lo anterior el Taller del Programa, respecto a los estados donde hay altos índices de alcoholismo tiene en promedio una cobertura del 20 al 30% de la capacidad de unidades instaladas, porcentaje muy bajo que muestra una baja eficacia del programa.

En la zona Centro del país las tasas más altas de consumo se encuentran en los Estados de Hidalgo con 9.2% que programó y realizó un taller con 12 asistentes en el CSS Pachuca, uno de los 3 CSS que tiene; el Distrito Federal que presente el 8.5% de consumo y que programó únicamente en 3 de los 9 CSS de la Delegación Norte del DF (Anáhuac, Félix Azuela y Merced), es decir que se cubrió un 33.3% de los Centros y la Delegación DF Sur programó cursos en 2 CSS (Contreras e Independencia) de los 6 CSS que tiene esa Delegación, es decir que cubrió también el 33.3 %, por lo que la cobertura en estos Estados es del 33% de las unidades, lo que indica una aportación muy baja a la solución del problema; ello a pesar de que Hidalgo y el DF ocupan el cuarto y quinto lugar en niveles de consumo en el país y a que son Estados que por su ubicación pueden tener un mayor acercamiento con los niveles Centrales de las instituciones de prevención y en particular con el Nivel normativo del IMSS.¹⁶³

Cuadro comparativo de Estados de la República con consumos más altos de alcohol y drogas y programación de actividades del Programa				
Estado y porcentaje de consumo	Delegación programa		Cobertura CSS	
	Campañas prev. univ	Taller prev. selectiva	Campaña	Talleres
Quintana Roo (11.2%)	sí	no	100 %	0%
Tamaulipas (11.1%)	sí	no	60%	0%
Baja California (9.6%)	sí	no	75%	0%
Hidalgo (9.2%)	sí	sí	100%	33%
DF Norte (8.5%)	sí	sí	88%	33%
DF Sur (8.5%)	sí	sí	100 %	33%
Total	100%	50%	87%	16.5%

¹⁶³ Secretaría de Salud, *Encuesta Nacional de Adicciones 2008, op.cit.*, p. 54. Sistema Gerencial del SIPSI.

Considerando la tabla anterior se puede decir que las actividades del Programa cubren el 87% de sus metas en cuanto a la prevención universal, pero que debe reforzarse por mucho las acciones de prevención secundaria o selectiva y de forma urgente las de prevención indicada o rehabilitatoria primordialmente en los estados de la República que presentan altos índices de consumo de alcohol y drogas. Los convenios de vinculación interinstitucional no están cumpliendo del todo su objetivo ya que no se cuenta con una base fidedigna de datos que indique el número de personas derivadas a las instituciones especializadas.¹⁶⁴ En los estados con altos índices de consumo el IMSS está desaprovechando importantes áreas de oportunidad para incidir positivamente en la prevención y control del problema de adicciones en México.



La cobertura del Taller de Prevención de Adicciones como se señaló con anterioridad es baja para la capacidad instalada de los CSS del IMSS y el impacto es aún menor si se considera la totalidad de las Unidades Operativas de Prestaciones Sociales Institucionales.

¹⁶⁴ En el primer semestre de 2011 se entregaron al líder del PPCA 27 reportes Delegaciones de las actividades derivadas de los convenios del IMSS con AA y CIJ; en el segundo semestre se recibieron 29 reportes, dentro de las 6 Delegaciones faltantes de enviar el suyo se encuentra Quintana Roo, los reportes muestran de manera adicional una baja productividad de las actividades y poco conocimiento a nivel nacional de las potencialidades de los Convenios con AA y CIJ.

c) Taller de Ayuda para dejar de Fumar.

El taller de ayuda para dejar de fumar se programó en 11 de las 35 Delegaciones, que representa el 31% de ellas:



Los talleres se realizaron en 41 CSS, lo que representa una cobertura del 35% de los CSS y en 1 Unidad Deportiva.

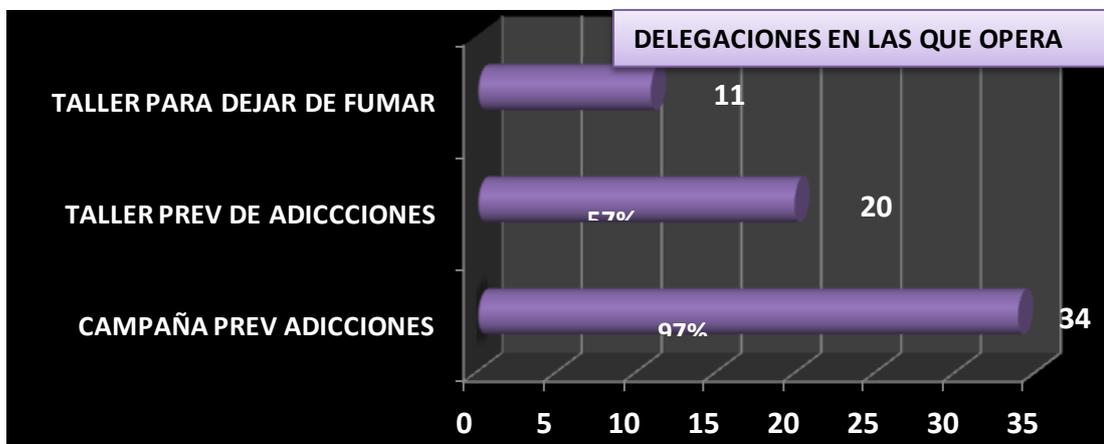
Se superó la meta programada de 1054 alumnos a 1134, es decir, en un 7% por arriba del 100%.



Si como se ha expuesto anteriormente el tabaco y el alcohol son la puerta de entrada al consumo de las drogas ilegales, es necesario reforzar la programación e impartición del Taller de ayuda para dejar de fumar, así como las opciones varias que Prestaciones Sociales aporta para prevenir y controlar el tabaquismo, considerando las consecuencias sociales y en la salud de las personas que lo padecen, las acciones preventivas del tabaquismo deben reforzarse principalmente en las áreas urbanas donde se encuentra un mayor número de personas con problemas de tabaquismo (12 millones de fumadores, 20.4%) que en las rurales (11.3%), 14 millones de fumadores activos en el territorio nacional (18.5%) muestran la necesidad de reforzar el taller en toda la República.

d) Resultados generales del Programa

Las actividades del Programa de prevención y Control de Adicciones tienen una cobertura promedio del 61% de los CSS de la República; ya que, la campaña cubre el 97% de los CSS, el Taller de Prevención de Adicciones el 57% de ellos y el Taller de ayuda para dejar de fumar cubre un 31% de la capacidad total de CSS en la República. Por lo tanto hay un 39% de CSS que no se aprovechan por el Programa, estos representan áreas de oportunidad de crecimiento para el Programa, algunos de ellos se encuentran en Estados y ciudades clave respecto a la prevención y el control de adicciones en el país, tal es el caso de Tijuana en Baja California, Tamaulipas y los Estados de Hidalgo y el Distrito Federal.



La Delegación Baja California Sur no programo la Campaña de Prevención de Adicciones, 15 Delegaciones más deben programar e impartir el Taller de Prevención de Adicciones y 24 Delegaciones no programan el Taller de Ayuda para Dejar de fumar, por lo que considerando todas las actividades del programa se tienen descubiertas Delegaciones que son terreno oportuno de atención.



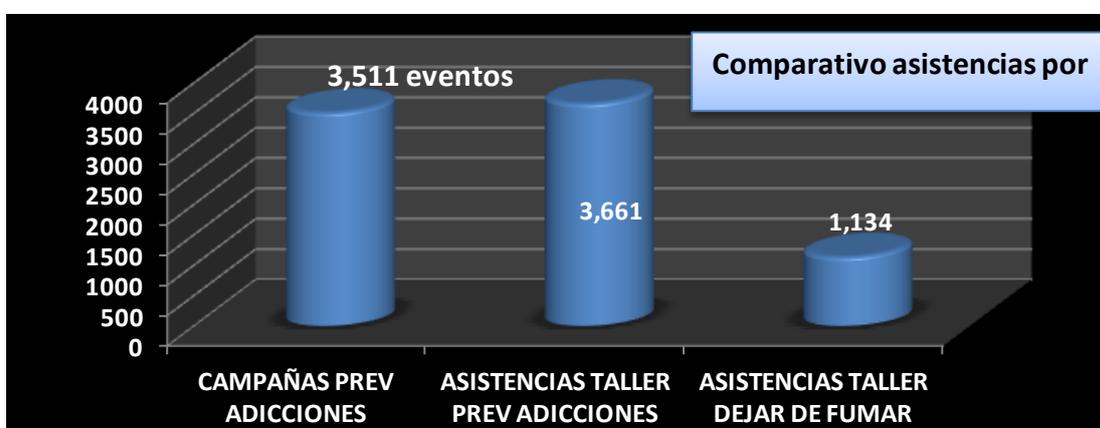
Para que las actividades del PPCA se programen e impartan en las 35 Delegaciones es necesario que Nivel Central establezca metas anuales para todas las Delegaciones, las que pueden definirse realizando un análisis de las cifras de consumo de alcohol y drogas por Estado y correlacionarlas con las cifras históricas de productividad que cada Delegación ha manejando en los últimos años. Los Estados con altos índices de consumo tendrán que programar un mayor número de actividades del Programa, en el caso de que no tengan históricos de productividad, como en el caso de Baja California Sur, se les definirá como Delegaciones prioritarias para su seguimiento y atención para que cumplan la meta mínima que se establezca.

La meta de productividad de las actividades se puede dividir en el transcurso del año y el líder del proyecto se encargará de ir monitoreando a las Delegaciones para que avancen en su cumplimiento, de este modo se pueden ir tomando medidas correctivas en las Delegaciones que no se encuentren cumpliendo sus metas, para ello se debe establecer comunicación constante y directa con el responsable del programa a nivel Delegacional y con los enlaces de las instituciones que fortalecen el programa. Lo anterior debido a que si las Delegaciones siguen definiendo

sus propias metas es muy probable, considerando el desarrollo histórico de productividad, que la misma no aumente.

Para que se difundan y realicen las actividades del Programa en todas las UOPSI de la República, aprovechándose la relación interinstitucional con los Organismos con los que se han firmado Convenios de colaboración es necesario establecer desde el Nivel Normativo el contacto entre las Delegaciones del IMSS y los representantes estatales de las instituciones de prevención de adicciones, lo anterior puede hacerse a través del líder del proyecto, quien debe mantener comunicación constante vía telefónica, por Red Interinstitucional o vía correo electrónico con los responsables del IMSS y externos a fin de coordinar los acuerdos, actividades, progresos y deficiencias que se vayan presentando.

Respecto a la asistencia a las actividades, la campaña de Prevención de adicciones que tuvo un total de 3,511 eventos alcanzó 459,535 asistencias, el Taller de Prevención de Adicciones 3,661 y el de Ayuda para dejar de fumar 1,134.



Para aumentar las asistencias de las actividades es necesario realizar la promoción de los servicios de Prestaciones Sociales y en particular del Programa en los lugares donde pueda dirigirse el mensaje a los grupos etarios más vulnerables, tales como los niños, adolescentes y jóvenes, para ello, las Delegaciones deben realizar un análisis de la zona en la que se encuentra ubicado el CSS o la UOPSI para dirigir las actividades propias de difusión (volanteo, perifoneo, muestras de actividades, entre otras) y considerar la incorporación de otras nuevas que sean necesarias, para aumentar el número de asistencias a los mismos.

En el mismo sentido se pueden concertar reuniones con deportivos, escuelas primarias, secundarias, bachilleratos, plazas y centros comerciales, cafés, entre otros considerando el Estado del que se trate y los usos y costumbres de la población objetivo del Programa a fin de promocionar y dar a conocer los Servicios de Prestaciones Sociales, se puede hacer énfasis en la gratuidad de algunos de los servicios y en el caso del Programa señalar que todas sus actividades no tienen costo alguno, se pueden realizar paquetes de servicios atractivos para los niños, adolescentes y jóvenes, tales como el uso de las instalaciones deportivas o pases gratuitos para las actividades culturales que ofrece Prestaciones Sociales, proporcionando servicios integrales para el bienestar social de dicha población.

En reuniones con las instituciones que tienen cautiva a la población que es de interés para el programa se puede ofrecer la instalación de un Centro de Extensión de Conocimientos (CEC) o Centro de Extensión de Conocimientos de Esquema Modificado (CECEM) a fin de que los monitores (personal voluntario) de los servicios de Prestaciones Sociales se desplacen a los espacios de dichas instituciones y sea más factible y cómoda la asistencia de la población a las actividades del Programa.

Después de realizar el presente análisis se puede decir que el Programa de Prevención y control de adicciones del IMSS no es sólido y que se encuentra en una etapa de desarrollo inicial, lo anterior considerando que: “Ideas de política que pueden parecer muy buenas en teoría, fallan a menudo en el momento de su implementación real. El proceso de implementación tiene vida propia. Se lleva a cabo a través de sistemas administrativos grandes e inflexibles y los intereses burocráticos los distorsionan. Las políticas que surgen en la práctica pueden, por consiguiente, diferir sustancialmente de las políticas diseñadas y adoptadas. Una opción de política, por lo tanto, debe ser lo suficientemente sólida para que, aunque el proceso de implementación no sea fácil, los resultados de la política sean satisfactorios” .¹⁶⁵

3.5 Propuesta de aspectos sociales a incorporar en el Programa derivado del análisis cuantitativo de resultados.

Los resultados derivados del análisis cuantitativo de la productividad de las actividades del Programa de Prevención y Control de Adicciones muestran importantes áreas de oportunidad para que Prestaciones Sociales pueda tener un impacto social en el problema, incidiendo de forma positiva en la prevención y control de adicciones en el país, lo que actualmente no ocurre por deficiencias en el diseño, aplicación y operación del programa.

Debido al proceso de programación de metas establecido para los servicios de Prestaciones Sociales, las mismas se definen de manera anual por cada una de las Delegaciones, considerando los resultados del análisis cualitativo el 39% de las Delegaciones no operaron el Programa en el año 2011 ya que no programaron ninguna actividad del mismo, lo anterior

¹⁶⁵ Eugene Bardach, *op. cit.*, p. 44.

puede deberse a una escasa información sobre la problemática de las adicciones en su entidad.

Es necesario que los Trabajadores Sociales (o el personal con el perfil indicado para la operación del PPCA) defina y se dirija a los espacios donde puede encontrarse la población que se encuentra en situación vulnerable y que puede requerir los servicios del programa. Es de particular relevancia que se realice un trabajo de sinergia conjunta entre el IMSS (área médica y prestaciones sociales) y las instituciones con las que se han firmado convenios de colaboración, estableciendo la formación de equipos de trabajo de campo para ubicar a la población objetivo, definir la manera de acercarse a la misma y la forma otorgar las actividades del Programa.

Considerando la entrega de reportes de las actividades derivadas de los Convenios con AA y CIJ se puede inferir que las Delegaciones muestran un bajo nivel de compromiso con el Programa y que no han establecido contacto permanente y sostenido con las Coordinaciones Estatales de AA y de CIJ. No se han realizado capacitaciones para el personal del IMSS encargado de operar el Programa ni se desarrollan las actividades coordinadas que forman parte del mismo, lo anterior aunado a la baja programación de las actividades ponen de manifiesto una falta de conocimiento del problema de las adicciones de parte de los encargados de las áreas de Prestaciones sociales en toda la República.

Para contrarrestar lo anterior se propone una capacitación nacional en el tema de Prevención y control de adicciones, dirigida a los Jefes de Departamento, Oficina, a los directores de unidad y a los encargados de operar las actividades del programa ya sean Orientadores Técnicos Médicos, Trabajadores Sociales, Psicólogos o personal con formaciones afines y con características que garanticen una sensibilidad receptiva a la

problemática de las adicciones; para garantizar la cobertura total de la República se propone que dicha capacitación la coordine Nivel Central.

La capacitación, que incluye la participación estatal de la Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos previo acuerdo con el nivel Central y con la representación estatal de los Centros de Integración Juvenil diseñaría un Programa con los contenidos que ellos manejan para la formación de Promotores pero que considere las particularidades de los servicios de Prestaciones Sociales, así como las características de su población usuaria, de las instalaciones y de los trabajadores encargados de operar el Programa.

La capacitación puede iniciar con un piloto en 3 Delegaciones del Centro de la República, considerando la cercanía del nivel normativo así como los niveles de consumo alto que presentan respecto a alcohol y drogas, estas pueden ser: la Delegación Hidalgo, la DF Norte y la DF Sur.

Posterior al pilotaje y como parte de la capacitación formal, que se puede dividir en 3 etapas, se iniciaría la primera con los estados del Norte del país en los que se muestra un alto índice de consumo de alcohol y drogas y son a su vez Delegaciones en las que no se han cumplido las metas establecidas en la programación 2011, más otros del Centro con altos índices de consumo que harían un total de 10: Quintana Roo, Tamaulipas, Baja California, Baja California Sur, Chihuahua, Sinaloa, Nayarit, Durango, Guanajuato y Querétaro.

La segunda etapa puede considerar Estados que representan la media nacional de consumo y que muestran un comportamiento promedio en cuanto a su programación de actividades del PPCA: Michoacán, Sonora,

Jalisco, Aguascalientes, Campeche, Guerrero, Estado de México Oriente, Estado de México Poniente, Morelos, Nuevo León, esta fase incluye a 10 estados más.

Para concluir con la última etapa de capacitación se consideran 12 Delegaciones para cubrir la totalidad del país, estas últimas presentan un consumo por debajo de la media: Coahuila, San Luis Potosí, Puebla, Tlaxcala, Yucatán, Oaxaca, Veracruz Norte y Veracruz Sur, Colima y Chiapas. Se incluye a otras que a pesar de presentar un consumo alto, tienen características que ameritan contar con experiencia amplia respecto a la aplicación de las capacitaciones para que el programa tenga éxito como es el caso de Tabasco y una última que por contar con sólo 1 Centro de Seguridad Social no representar urgencia como otras en su cobertura, como es el caso de Zacatecas.

Las capacitaciones tendrían como objetivo primordial sensibilizar y concientizar a los responsables del Programa en las Delegaciones sobre el papel preventivo de los servicios de Prestaciones Sociales y sobre la necesidad de manejar un enfoque integral en dicha prevención para lo que habría que asistir al Programa con otras actividades de las Divisiones de Deporte y Cultura Física, de la de Desarrollo Cultural y de la de Capacitación y Adiestramiento Técnico.

Considerando las causas multifactoriales del problema de las adicciones y las posibilidades que brindan los servicios de Prestaciones Sociales se pueden diseñar programas individualizados de reforzamiento a los factores protectores de salud en contra de las adicciones, los que tendrían que analizar los aspectos sociales del usuario para su diseño. El programa individualizado de protección a la salud debe realizar una evaluación inicial del usuario, un seguimiento continuo (mensual) y una evaluación periódica

(semestral) sobre los beneficios en su salud física, emocional y social al hacer uso de los servicios de Prestaciones Sociales, para ello se puede diseñar una cédula que considere elementos de medición objetivos tales como el peso, estudios de gabinete, niveles de estrés y ansiedad, entre otros. Un esquema que puede servir de ejemplo sobre el contenido de dicho programa individualizado es el siguiente:

Aspectos sociales	División que ofrece el servicio	Factores de protección de los Servicios de Prestaciones Sociales (Esquema individual de servicios de PS sugeridos)			
Educativos	División de Capacitación y Adiestramiento Técnico	Cursos de Alfabetización/ Primaria/ Secundaria INEA/ Preparatoria abierta	Cursos de Belleza/ Corte y confección/ Computación/ Panadería y repostería	Talleres de E-learning/ Videoconferencias/ Desarrollo humano y superación personal	Ofrecer otros servicios de capacitación
Culturales	División de Desarrollo Cultural	Taller de Teatro y salud/ Música instrumental y vocal	Curso de Danza creativa/ Baile de salón	Cursos de Artes visuales y Artesanías en artes plásticas	Ofrecer otras opciones culturales
Deportivos y de cultura física	División de Deporte y Cultura Física	Cursos de Natación/ Nado sincronizado/ Polo acuático/ Clavados	Cursos de Basquetbol/ Voleibol/ Fútbol/ Béisbol	Cursos de Tae Kwon do/ Esgrima/ Karate/ Judo/ Tai chi chuan	Ofrecer otras opciones Deportivas
De salud y alimentarios	División de Bienestar social	Taller de Orientación alimentaria	Taller para bajar de peso	Pláticas de salud bucal/ higiene personal	Ofrecer otras opciones de Bienestar Social
De apoyo Familiar	División de Bienestar social	Campañas de educación sexual y planificación familiar	Talleres de Control y manejo del estrés/ Taller de autoestima	Modulo de atención al adolescente/ Maratón de educación sexual y reproductiva de adolescentes	Ofrecer otras opciones de Bienestar Social
De apoyo social	División de Bienestar social	Pláticas de Redes sociales de apoyo	Grupos de ayuda mutua	Sensibilización para la incorporación de personas con discapacidad	Ofrecer otras opciones de Bienestar Social

En caso de que se detecte que el usuario se encuentra en un riesgo mayor o que presenta ya alguna adicción se debe incluir además en su cédula la indicación de acudir por apoyo adicional a las Instituciones con las que el IMSS ha firmado convenios interinstitucionales y se debe dar el seguimiento adecuado a dicho envío.

Del mismo modo se establecerán las bases para que las representaciones estatales de Prestaciones Sociales, AA, CIJ y Centros Nueva Vida inicien acciones coordinadas de manera sistemática, con el apoyo y seguimiento de los tres niveles normativos del IMSS en cada entidad, realizando lo que indican los tres Convenios interinstitucionales de Colaboración respecto a la Comisión Coordinadora de Seguimiento.

Con las propuestas delineadas anteriormente el Programa de Prevención y Control de adicciones incluiría un mayor número de aspectos sociales, los que se proyectarían con la intención de mejorar el éxito de las intervenciones del IMSS a favor de la prevención de adicciones; la propuesta esbozada en este apartado intenta potencializar los efectos benéficos de los servicios de Prestaciones Sociales en la población que los utiliza y llegar a más grupos que los requieran para mejorar su nivel de vida y sus niveles de bienestar.

El bienestar social de los mexicanos ha sido gravemente afectado por el aumento de las adicciones y todas sus consecuencias individuales, familiares y sociales; ya que estas han afectado mayormente a los niños, adolescentes y jóvenes de nuestro país se proyecta un panorama futuro desalentador. La concepción originaria de las Prestaciones Sociales del IMSS era integral y su esencia era contribuir al bienestar social de la población mexicana sin embargo sus servicios son subutilizados y el potencial de sus programas no se ha explotado por la falta de planeación,

seguimiento y evaluación; por lo anterior las Prestaciones Sociales deben retomar su esencia integral, realizar los análisis de resultados necesarios puede mejorar las intervenciones y los resultados de los programas que actualmente operan, en el caso del que compete a este trabajo se puede reducir el número de personas con alguna adicción en México.

CONCLUSIONES

En respuesta a la pregunta de investigación de esta tesina¹⁶⁶, la inclusión de aspectos sociales en los programas públicos mejoran sus resultados, potencializando los beneficios sociales que de ellos se derivan; debido a que el problema de las adicciones es complejo y multifactorial sus soluciones deben ser también integrales.

Ya que no se consideran los aspectos sociales en el diseño, implementación y operación de los programas de la Coordinación de Prestaciones Sociales del IMSS estos tienen un bajo impacto en la solución de los problemas que pretenden mejorar, en el caso particular del Programa de Prevención y Control de Adicciones se desaprovechan las instituciones, personal, infraestructura y esfuerzos encaminados a la solución del problema; por lo anterior las políticas públicas y sociales de las Prestaciones Sociales del IMSS no cumplen completamente con su objetivo.

Respecto a la hipótesis establecida en esta tesina¹⁶⁷, los resultados del programa en el año 2011 demuestran que los aspectos sociales tienen un lugar secundario en el PPCA y, retomando el apartado 3.5. en el que, derivado del análisis cuantitativo de resultados, se esboza una propuesta de aspectos sociales que pueden incorporarse al programa; se observa

¹⁶⁶ Pregunta de investigación: *¿Por qué es necesario incluir aspectos sociales en el Programa de Prevención y Control de Adicciones del IMSS para una mayor aportación en la solución del problema de las adicciones al tabaco, alcohol y sustancias psicoactivas en la sociedad mexicana?*

¹⁶⁷ Hipótesis: *Si los aspectos sociales del Programa de Prevención y Control de Adicciones de la Coordinación de Prestaciones Sociales del IMSS tienen un lugar secundario en el mismo programa, entonces, para actualizarlo e incrementar su eficacia, probablemente sea necesario darle mayor proyección a los factores sociales para que se alcancen plenamente los objetivos del programa referido.*

que una mayor proyección de los aspectos sociales lo actualizan incrementando muy probablemente su eficacia, al considerarlos se pueden alcanzar plenamente los objetivos del programa ya que el problema de las adicciones además de ser un problema de salud pública es principalmente un problema social.

Existe la necesidad de un debate sociológico profundo sobre la situación actual del Estado Mexicano, de la Seguridad Social y de las Prestaciones Sociales en su conjunto; todos estos instrumentos de redistribución social derivados del pacto revolucionario requieren ser examinados a la luz de los cambios económicos, políticos y sociales actuales. Debido a que la iniciativa privada no ha dado cobertura a las necesidades sociales que estas instituciones resguardaban, es necesario que por el momento el Estado continúe diseñando políticas públicas y sociales que cumplan con las tareas que fueron asignadas anteriormente al Estado Benefactor aunque, se continúe caminando hacia una diversificación de los actores que diseñan y administran estas políticas tales como la sociedad civil y algunos organismos internacionales.

Debido a los cambios que el Estado de Bienestar ha tenido en México y el mundo, es importante analizar si éste se encuentra vigente y a que grado en entidades como el Instituto Mexicano del Seguro Social, la situación actual de la seguridad social en México nos permite ver al IMSS como instrumento del bienestar social en proceso de transformación.

En la presentación de la obra “Los Ocho pasos para el análisis de políticas públicas” se menciona que “la solución de los problemas públicos es un esfuerzo de prueba y error y no un programa comprensivo y contundente en soluciones”¹⁶⁸, por lo que el análisis permanente de resultados y la

¹⁶⁸ Eugene Bardach, *op.cit.*, presentación de David García Junco M. p. 7.

aplicación de mejoras que a su vez se examinen constantemente es fundamental para encontrar la mejor solución a los problemas públicos.

El análisis del PPCA como una política pública y social nos permite vislumbrar la complejidad de la acción gubernamental, el diseño es solo el inicio ya que los conceptos tienen que verse en concreto, en la cotidiana aplicación del programa por que es ahí donde este tropieza con los problemas que impiden obtener los resultados deseados; la particularidad de la estructura burocrática del IMSS dificulta la pronta comunicación entre los niveles normativo y operativo, disminuyendo las posibilidades de retroalimentación y mejoras entre ambas partes.

Además de describir coherentemente el problema a solucionar por la política o programa y de detallar las acciones que se tomarán (ambos puntos pueden mejorarse en el PPCA) se deben precisar los resultados esperados para cada acción así como las bases por las que estos se definieron. En particular este último punto no está definido en el PPCA y es una de sus debilidades más evidentes, ello ha dificultado el establecimiento de metas y el consecuente seguimiento de la operación.

La Seguridad Social en México y sus Servicios de Prestaciones Sociales no protegen a la totalidad de la población que los requiere, sin embargo debido a la actual problemática social de nuestro país son necesarios para la prevención de enfermedades, accidentes y adicciones; se trata de servicios que requieren fortalecerse para mantenerse vigentes y ampliar el alcance que pueden tener en la sociedad mexicana

Otros aspectos que definen el diseño de políticas, programas y proyectos son los tiempos e intereses políticos particulares; en la Coordinación de

Prestaciones Sociales rara vez los programas y proyectos son elaborados con el tiempo necesario que requiere un análisis serio sobre la problemática a tratar, la mayoría de las ocasiones tratan de responder a una instrucción superior o a acuerdos entre las altas cúpulas de las instituciones gubernamentales, lo anterior va en detrimento del diseño y los resultados del programa.

En el IMSS como en cualquier otra institución gubernamental hay períodos de cambios políticos, los cambios de administración y autoridades sexenales modifican la prioridad de los programas, sus estrategias y los consecuentes resultados, estos cambios también consideran una variación en el presupuesto asignado a cada programa.

Considerando las condiciones actuales de la política social en México, el nuevo esquema institucional de la solidaridad social debiera contemplar que los derechos sociales no son producto de programas sexenales o políticas partidistas, sino que deben tener bases normativas e institucionales, es trascendente que se prevea la heterogeneidad social para que se construyan políticas diferenciadas que equilibren las políticas generales y las particulares. Todo lo anterior abre espacios a la iniciativa y participación de organizaciones sociales que renueven la política social y los esquemas de bienestar.

Al no resolver o no apoyar en la solución de los problemas sociales las instituciones incumplen su función desaprovechando los recursos públicos que la sustentan, poniendo en riesgo su continuidad y legitimidad social.

A más de setenta años de haberse iniciado la seguridad social en México, existe una considerable estructura física, una profesionalización del

personal y experiencia acumulada en la organización y administración de los servicios sociales y de salud, algunas de las oportunidades para mejorar la atención de los servicios de seguridad social y en particular los del IMSS están en la capacitación de recursos humanos y en la eliminación del burocratismo a través de la toma de conciencia del personal de los objetivos de la institución.

Para una mayor proyección social de los resultados del PPCA los beneficiarios del programa podrían participar proponiendo mejoras a corto plazo: pueden orientar y mejorar las estrategias y resultados del programa así como participar en su promoción y en las tomas de decisiones respecto a su operación ya que nadie como ellos conoce sus debilidades de ejecución, lo anterior asegura la representatividad y puesta en marcha del programa; se puede potencializar el uso de la infraestructura existente debido a que se motiva la acción solidaria y la ayuda mutua. Si un grupo social se siente vinculado a un programa su identidad sociocultural se fortalece en beneficio del mismo, el programa puede motivar así mismo esta participación al incluir aspectos educativos en el.¹⁶⁹

La situación actual de las políticas sociales debe considerar necesariamente principios de equidad y ahorro de recursos, sin embargo debido a las consecuencias sociales que generan las adicciones y al valor social que los niños, adolescentes y jóvenes tienen en cualquier sociedad no debiera escatimarse en la asignación recursos humanos y materiales sino, principalmente debiera optimizarse el uso de estos ya que la eficacia y legitimidad de una política social hecha programa se sustenta en la correspondencia entre sus objetivos, operación y resultados.

¹⁶⁹ Véase Sara Gordon R., "Entre la eficacia y la legitimidad: El Pronasol como política social" en R. Casas, *et. al. Las Políticas sociales de México en los años noventa*, México, Ed. Plaza y Valdés, UNAM, FLACSO, 1998, primera edición, primera reimpresión.

Las adicciones a sustancias son un problema de salud pública en el que el Estado gasta importantes cantidades de dinero público; hay una cantidad significativa de personas en el mundo, en el continente americano y en México con algún problema de adicción, esta situación también va en detrimento de las posibilidades de una sociedad y en el caso de la sociedad mexicana el tejido social se ha visto sumamente afectado, debido a la complejidad de su trato lo ideal es invertir recursos en la prevención.

Estudios como el realizado por David J Nutt demuestran que el alcohol, y en menor medida el tabaco, provocan más daños graves en aspectos sociales, crímenes y costos para el sector salud que el uso de otras sustancias y, debido a que el tabaco y el alcohol son sustancias sumamente adictivas y representan la puerta de entrada para otras adicciones, los esfuerzos institucionales deberían encauzarse principalmente al tratamiento y prevención del uso de estas ya que el que sean legales, aceptadas socialmente y consideradas símbolos de placer, estatus y convivencia entre las personas dificultan su trato.

La Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) de la Secretaría de Salud, a partir del acuerdo publicado en el Diario Oficial de la Federación el 30 de noviembre de 2011, el cual a su vez se deriva del Acuerdo Marco para el Control del Tabaco impulsado por la Organización Mundial de la Salud y de la Ley General para el Control del Tabaco y su Reglamento nacional; ha tomado medidas para la disuasión del consumo del tabaco: el uso de pictogramas y leyendas de advertencia en las cajetillas de cigarro tienen el propósito de desalentar el consumo del tabaco en la población mexicana, sin embargo no hay actualmente una política pública o campaña social fuerte que intente disuadir a los niños, adolescentes y jóvenes del uso del alcohol, situación que debiera considerarse en los programas de prevención.

Investigaciones recientes demuestran que la supervisión y atención de los padres para con sus hijos es un factor significativo en la reducción del consumo de sustancias especialmente en las edades de la adolescencia y la juventud, la comunicación familiar y el fortalecimiento de estas y otras relaciones sociales son puntos importantes para la prevención de adicciones.

La alta percepción de riesgo sobre el consumo de drogas, así como la percepción de facilidad para acceder a las drogas son puntos a considerar para planificar, diseñar y ejecutar políticas públicas y programas de prevención, en estos debiera considerarse la participación de los medios de comunicación y en particular las campañas publicitarias dirigidas a los niños, adolescentes y jóvenes así como programas informativos para los padres los que debieran tener un enfoque de fortalecimiento de valores y factores de comunicación.

La información para los grupos vulnerables a caer en alguna adicción debiera ser aquella que los lleve a comprender el alto riesgo y las consecuencias que tienen el consumo de alguna droga, empezando por las legales así como el que el uso de estas aumenta la probabilidad de usar las ilegales y, cambiar la percepción de fácil acceso a las drogas ya que la percepción de dificultad de acceso es un factor que impacta en la decisión última para su uso, esto último se debiera fortalecer con el diseño e implementación de medidas de seguridad respecto al acceso real de los niños, adolescentes y jóvenes a las drogas.

Los medios de comunicación impactan de manera negativa en la percepción de riesgo y, un factor decisivo para aminorar el consumo sería que estos dejaran de difundir la facilidad de acceso y enfocaran sus esfuerzos a informar a la población sobre los riesgos y daños físicos,

sociales y otros que causan las adicciones, las cifras en los países con alta percepción de riesgo termina en México con el argumento de que la legalización reduciría los índices de consumo.

Debido a que el cerebro de los adolescentes se encuentra en desarrollo y a que las áreas del mismo asociadas a la toma de decisiones y a la disposición a tomar riesgos no están del todo maduras, se consideran personas más vulnerables que progresan en mayor grado hacia la dependencia y el abuso, las generaciones actuales tienen un mayor acceso, consumo y dependencia a sustancias por lo que es necesario considerar si la naturaleza actual del tabaco y alcohol como drogas legales es positiva para los jóvenes (hasta los 29 años), en México no es legal vender cigarrillos y alcohol a menores de edad sin embargo las medidas de control al respecto son demasiado laxas situación que debiera estudiarse.

Las recientes políticas gubernamentales de combate a las drogas han dejado de lado los aspectos y consecuencias sociales de las adicciones lo que ha tenido un costo social muy grande que a su vez ha demostrado la importancia de canalizar esfuerzos y recursos a las políticas de prevención; recientemente el IAPA ha reconocido que los esfuerzos gubernamentales para la solución del problema no son suficientes por lo que ha buscado unir esfuerzos con organizaciones sociales como la Central Mexicana de Cuarto y Quinto paso y otras que trabajan de forma empírica contra las adicciones, el reconocimiento oficial de los resultados que estas organizaciones muestran en la realidad y la construcción de un trabajo social conjunto y organizado visualiza otro camino viable de apoyo significativo para el control de las adicciones.

En observación participante de un grupo de adolescentes que practica el programa Alateen¹⁷⁰ derivado de los Grupos de Familiares Alanon, el cual es específico para adolescentes con familiares o amigos alcohólicos, se pudo observar que los adolescentes que acuden a un grupo y practican la metodología de los 12 pasos del programa Alateen desarrollan y fortalecen factores protectores contra las adicciones como resiliencia y actitudes positivas en disminución de las condiciones de riesgo.

Algunas de las cualidades en desarrollo observadas son: efectiva comunicación interna del adolescente disminuyendo los conflictos o confusiones de pensamientos o ideas que llevan a la toma equivocada de decisiones, comunicación efectiva con sus padres, familiares, compañeros y amigos, fortalecimiento de la comunicación asertiva en general, adecuada socialización en base al respeto de los derechos de los otros, establecimiento y respeto de límites y normas, discernimiento de lo positivo sobre lo negativo, disciplina a las reglas y autoridades de una entidad grupal, trabajo cooperativo y de respeto que fortalece los lazos afectivos y sociales de los adolescentes, aumento de la autoestima y el autoconocimiento, este último encauzado positivamente lleva al trabajo de las debilidades personales para convertirlas en fortalezas que moldean positivamente el carácter de los adolescentes; seguridad personal y tolerancia a las ideas de otros, conciencia sobre la importancia de cumplir con las tareas escolares y las responsabilidades personales, fortalecimiento de convicciones propias sobre el autocuidado de la salud y de su persona que los llevan a la toma asertiva de decisiones, retrasando las prácticas sexuales precoces y riesgosas para la vida de los adolescentes y, no haciendo uso de sustancias que generen alguna adicción a través de la concientización de las consecuencias negativas de ello.

¹⁷⁰ Véase página web de Alateen, [en línea], Dirección URL: <http://www.alanon.alateen.org/spanish/alateensp.html> [Consulta: 18 de Septiembre 2013].

Este ejemplo tomado de la realidad social demuestra que los programas y políticas públicas o sociales enfocadas a la prevención tienen más éxito por lo que debieran ser prioridad del Estado y de la sociedad civil ya que entre más factores de protección estén presentes en el entorno de una persona, menos riesgos tendrá de iniciarse en el consumo de drogas.

La Administración Pública de los servicios de Prestaciones Sociales del IMSS requiere ser evaluada continuamente en sus resultados a fin de realizar mejoras continuas en los programas que opera, lo anterior con la finalidad de optimizar el uso de sus instalaciones, recursos y personal, lo que aumentara sus posibilidades de incidencia social ya que el impacto y desempeño que actualmente muestran es muy pobre.

Los resultados del Programa de Prevención y Control de Adicciones no han sido satisfactorios debido a la falta de un programa estructurado con bases sociológicas y a la falta de evaluación de los resultados del mismo.

Existe una falta de conocimiento de parte del personal encargado de operar el PPCA sobre la problemática de las adicciones a nivel nacional, sus consecuencias, daños sociales y la capacidad de impacto positivo de las Prestaciones Sociales en el problema, la información que hasta ahora se ha proporcionado a las Delegaciones ha sido suficiente, por ello es necesario realizar una capacitación y sensibilización que considere las particularidades del personal de Prestaciones Sociales así como la estructura del IMSS.

Es necesario que el Nivel Normativo de Prestaciones Sociales defina metas por Delegación, estas deben generarse de un análisis sociológico cuantitativo y cualitativo de las problemáticas sociales y de los resultados

históricos de los programas, del mismo modo se debe dar un seguimiento oportuno para ir redireccionando los mismos a fin de que se cumplan las metas y los objetivos establecidos.

La sociología es una ciencia que debe considerarse en el diseño y evaluación de resultados de los programas estatales, es necesario retomar los métodos de investigación científica en la aplicación de políticas públicas y sociales.

Es necesario redimensionar el Programa de Prevención y Control de Adicciones del IMSS considerando aspectos poblacionales y los resultados de estudios científicos sobre adicciones en sus aspectos sociales para que se logre establecer un vínculo real con la población a la cual se dirige.

FUENTES DE CONSULTA

Bibliográficas:

Alcaraz Jiménez Antonieta, Tenorio Ponce Roció, Vega Zapata Luís Carlos, Márquez Bohor Ramírez Luís, Montiel Montiel Tomas Ángel (compiladores); *Colección Conmemorativa de Prestaciones Sociales, Por una Mejor Calidad de Vida 1956-2006*, México, s/editor, 2006.

Antiga Trujillo Nedelia, *La investigación y las metodologías de la Ciencia*, México, Ed. de la Autora, 2012.

Bardach Eugene, *Los ocho pasos para el análisis de políticas públicas. Un manual para la práctica*, México, Ed. CIDE, 2004, primera edición, tercera reimpresión.

Bulancio Bruno J., Calabrese Alberto E. S., Catani Horacio R., González José L., Julio Silvia, Rapoport Cora, Rivera Luis F., Vallejo Norma E., *El problema de la drogadicción, El enfoque interdisciplinario*, Argentina-México, Ed. Paidós, 1988, primera edición.

Casas R., *et. al. Las Políticas sociales de México en los años noventa*, México, Ed. Plaza y Valdés, UNAM, FLACSO, 1998, primera edición, primera reimpresión, 517 pp.

Coquet Benito "La seguridad social en México", s/autor, *Arte y arquitectura del Instituto Mexicano del Seguro Social*, México, editado Instituto Mexicano del Seguro Social, Artes de México, 2006, primera edición, 251 pp.

Cordera Campos Rolando, Cabrera Adame Carlos Javier (coordinadores), *La política social en México: Tendencias y perspectivas*, México D.F. Universidad Nacional Autónoma de México - Facultad de Economía, 2007. 387 pp.

Gallino Luciano, *Diccionario de Sociología*, México D.F., Ed. Siglo XXI, 2001, segunda edición en español, 1003 pp.

Garciadiego Javier (coordinador), *Gran Historia de México Ilustrada*, Tomo 4: "De la Reforma a la Revolución 1857-1920", México, Ed. Planeta de Agostini, CONACULTA, INAH, 2004, tercera reimpresión de la Segunda Edición, 400 pp.

Garduño Valero Guillermo J. R. y Silva Ruiz Gilberto (compiladores), *Antología Teoría Sociológica Clásica, Max Weber*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, 1998, primera edición.

Montagut Teresa, *Política Social: Una introducción*, España, Ed. Ariel Sociología, 2000, 231 pp.

Pardo María del Carmen, *Administración pública mexicana del siglo XX*, México, Ed. Siglo XXI- Biblioteca Básica de Administración Pública, 2010, primera edición, 181 pp.

Rojas Soriano Raúl, *Guía para realizar investigaciones sociales*, México, Ed. Plaza y Valdes, 1998, vigésima primera edición.

Sen Amartya Kumar, *Bienestar, Justicia y Mercado*, Barcelona, Ediciones Paidós Ibérica, S.A, I.C.E de la Universidad Autónoma de Barcelona, 1997, primera edición, 156 pp.

s/autor, *Diccionario Enciclopédico Larousse*, México, Ed. Larousse, 2011, decimoséptima edición.

Taylor Stevens L., *Guía Breve. 50 Teorías Políticas, Apasionantes y Significativas*, China, Editorial Blume, 2011, primera edición en la lengua española, 159 pp.

Weber Max, *Economía y sociedad*, México D.F., Ed. Fondo de Cultura Económica, 1984, Segunda edición en español, séptima reimpresión. 1250 pp.

Documentales:

Coordinación de Prestaciones Sociales del IMSS, *Criterios Técnicos para la Programación Anual de Actividades y Servicios de Prestaciones Sociales 2011*, México D.F., IMSS, documento interno de trabajo s/editorial, clave del documento: 3130-018-001, 95 pp.

Coordinación de Prestaciones Sociales del IMSS, *Criterios Técnicos para la Programación Anual de Actividades y Servicios de Prestaciones Sociales 2012*, México D.F., IMSS, documento interno de trabajo s/editorial, clave del documento: 3130-018-001, 90 pp.

Coordinación de Prestaciones Sociales, *Manual de prácticas para el Taller de Prevención de adicciones clave: 3000-021-082*, México D.F., IMSS, documento normativo interno s/editorial, División de Bienestar Social, noviembre de 2010. 62 pp.

Coordinación de Prestaciones Sociales del IMSS, *Norma que establece las Disposiciones para el otorgamiento de los Servicios de Prestaciones Sociales Institucionales*, México D.F., IMSS, documento normativo interno, s/editorial (autorizado por el entonces Director de Prestaciones Económicas y Sociales: Lic. Israel Raymundo Gallardo Sevilla, validado y registrado por la Unidad de Organización y calidad el 27 de Diciembre de 2011 con folio 015.), 41 pp.

Dirección General, Dirección Jurídica del IMSS - Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos A.C., *Convenio General de colaboración IMSS-AA*, México D.F., documento de referencia y trabajo interinstitucional, 19 de Enero de 2009, 11 pp., [en línea red interna de trabajo IMSS, no disponible para acceso externo].

Dirección General, Dirección Jurídica del IMSS – Centros de Integración Juvenil A.C., *Convenio de colaboración y apoyo interinstitucional IMSS-CIJ*, México D.F., documento de referencia y trabajo interinstitucional, 31 de Octubre de 2008, 10 pp., [en línea red interna de trabajo IMSS, no disponible para acceso externo].

Dirección General, Dirección Jurídica del IMSS – Centro Nacional para la Prevención y Control de las Adicciones – Sistema Nacional para el

Desarrollo Integral de la Familia, *Convenio de colaboración y apoyo interinstitucional IMSS – CENADIC - DIF*, México D.F., documento de referencia y trabajo interinstitucional, 9 de Febrero de 2012, 14 pp., [en línea red interna de trabajo IMSS, no disponible para acceso externo].

Instituto Mexicano del Seguro Social, *Manual de Organización de la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales*, 2011, México D.F., IMSS, documento normativo interno s/editorial (autorizado por el entonces Titular de la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, Lic. Israel Raymundo Sevilla Gallardo, validado y registrado por la Coordinación de Organización el 24 de Junio de 2011 con el folio 058).

Monteiro Maristela G., *Alcohol y atención primaria de la salud: informaciones clínicas básicas para la identificación y el manejo de riesgos y problemas*. Washington, D.C., Ed. Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, 2008.

Organización Mundial de la Salud, *Global status report on alcohol and health*, Suiza, 2011.

Organización Mundial de la Salud, *Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas*, Washington D.C., Ed. Organización de los Estados Americanos, Comisión Interamericana para el Control y del Abuso de Drogas (CICAD), Organización Panamericana de la Salud, 2005.

Pereiro Gómez César (editor), *Manual de adicciones para médicos especialistas en formación*, España, Ed. Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y otras Toxicomanías (SOCIDROGALCOHOL), 2010.

Roberto Karam Araujo, *Prevención de Adicciones, Talleres de Actualización de Prestaciones Sociales*, México D.F., IMSS, documento interno de trabajo s/editorial, División de Bienestar Social, 2010. 23 pp.

Roberto Karam Araujo, *Programa de Prevención y Control de Adicciones*, México D.F., IMSS, documento interno de trabajo s/editorial, División de Bienestar Social, 2010.

Roberto Karam Araujo, *Reportes de Productividad 2008-2011 del Programa de Prevención de Adicciones*, México D.F., IMSS, documentos internos de trabajo s/editorial, División de Bienestar Social. 2008 a 2011.

Sistema Gerencial del Sistema Informativo de Prestaciones Sociales Institucionales (SIPSI), *Reportes de productividad*, sistema de información cuantitativa interna de la Coordinación de Prestaciones sociales, IMSS, 2011- 2012.

Tesis:

Antiga Trujillo Nedelia, *La Política Social del Estado Mexicano y su impacto en el Bienestar Social*, Tesina Doctoral, México D.F., TESIUNAM Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, 2009. 253 pp.

García Chávez Leandro Román, *Los sistemas de pensiones en México. Las reformas a los sistemas públicos de pensiones, el caso del IMSS y el ISSSTE, el nuevo Sistema de Ahorro para el Retiro (SAR) y las alternativas de universalidad para los adultos mayores*. México D.F., TESIUNAM Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, 2008. 233 pp.

Rodríguez Ramos Alma Gabriela, *Alcohólicos Anónimos (AA): Una comunidad atípica en el Marco de la Organización Internacional*”, México D.F., Tesis de Licenciatura en Relaciones Internacionales, UNAM, FCPyS, 2002.

Hemerográficas:

Aranda Jesús, “En el abandono, niños afectados por la ‘guerra’ contra el narco: investigadores”, periódico *La Jornada*, año 28, núm. 9766, sección “Política”, México, martes 18 de octubre, 2011, p. 13.

Martínez Julieta, “Aumenta drogadicción en Mujeres de Tijuana”, periódico El Universal, sección “Estados”, México, viernes 18 de marzo, 2011, [en línea], Dirección URL: <http://www.eluniversal.com.mx/notas/752945.html> [consulta 30 de Mayo de 2012].

Revista electrónica emet, "Tijuana tiene el mayor índice de consumo de drogas ilícitas del país", México, 30 de agosto de 2011, [en línea], Dirección URL: <http://revistaemet.net/nota/tijuana-tiene-el-mayor-indice-de-consumo-de-drogas-ilicitas-del-pais/3484/> [consulta 30 de Mayo de 2012].

Roberto Garduño, "Al amparo de la policía, el *crystal* envenena a miles de tijuaneños", periódico La Jornada, sección "Política", México, jueves 12 de marzo, 2009, [en línea] Dirección URL: <http://revistaemet.net/nota/tijuana-tiene-el-mayor-indice-de-consumo-de-drogas-ilicitas-del-pais/3484/> [consulta 30 de mayo de 2012].

Cibergráficas:

Admin en Análisis Fundamental, Forex, *Bretton Woods: Un nuevo arreglo institucional*, [publicado diciembre 11 de 2009], Dirección URL: <http://finanzasydinero.com/blog/bretton-woods-un-nuevo-arreglo-institucional/> [consulta: 24 de Mayo de 2012].

BBC Ciencia, *El alcohol, ¿más dañino que la heroína?*, [en línea], BBC mundo, Dirección URL: http://www.bbc.co.uk/mundo/noticias/2010/11/101101_alcohol_drogas_men.shtml, [consulta: 30 de Mayo 2012].

Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, *Ley del Seguro Social*, [en línea], 127 pp., México D.F., última edición publicada en el Diario Oficial de la Federación el 21 de Diciembre de 1995. Dirección URL: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/92.pdf>

CONADIC - DIF- Secretaria de Salud, *Prevención de las adicciones y promoción de conductas saludables, Guía para el promotor de Nueva Vida*, [en línea], 144 pp., México D.F., Dirección URL: http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/nueva_vida/nv1e_prevenion.pdf [Consulta: 19 de Mayo 2012].

Cuadro "Daños sociales e individuales de las drogas más dañinas" en: BBC Ciencia, *El alcohol, ¿más dañino que la heroína?*, [en línea], BBC mundo, Dirección URL:

http://www.bbc.co.uk/mundo/noticias/2010/11/101101_alcohol_drogas_men.shtml, [consulta: 30 de Mayo 2012].

David J Nutt, Leslie A King, Lawrence D Phillips, en nombre del Comité Científico Independiente sobre Drogas, *Daños de las drogas en el Reino Unido: un análisis de decisión multicriterio*, [en línea], The Lancet, Volumen 376, número 9752. pp. 1558-1565, Reino Unido-Unión Europea, Observatorio Europeo de las Drogas y Toxicomanías (OEDT), 01 de noviembre 2010, Dirección URL: www.thelancet.com, DOI: 10.1016/S0140-6736(10)61462-6, [consulta: 15 de mayo de 2012].

Drogas no gracias, *Trastornos psiquiátricos más frecuentes por el uso de drogas*, [en línea], México, Dirección URL: <http://drogas-no-gracias.blogspot.mx/2012/04/trastornos-psiquiatricos-mas-frecuentes.html>, [consulta: 19 de Mayo 2012].

Foro de Profesionales Latinoamericanos de Seguridad, *El alcohol es la droga más peligrosa y el tabaco es tan dañino como la cocaína*, [en línea], Foro de Seguridad, Argentina, Dirección URL: <http://www.forodeseguridad.com/artic/discipl/4184.htm>, [consulta: 30 de Mayo de 2012].

Instituto Mexicano del Seguro Social sitio web, *Estructura Orgánica del IMSS* [en línea], Dirección URL: <http://portaltransparencia.gob.mx/pot/estructura/showOrganigrama.do?method=showOrganigrama&idDependencia=641> [consulta: 14 de Mayo de 2012].

Instituto Mexicano del Seguro Social sitio web, *Manual de Organización de la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales*, Autorizado por el entonces Titular de la DPEyS, Lic. Israel Raymundo Sevilla Gallardo, validado y registrado por la Coordinación de Organización el 24 de Junio de 2011 con el folio 058, [en línea], Dirección URL: <http://www.imss.gob.mx/instituto/normatividad/normas/Pages/index.aspxhttp://www.imss.gob.mx/instituto/normatividad/normas/Pages/index.aspx> [consulta: 6 de Mayo 2012],

Instituto Mexicano del Seguro Social sitio web, *Norma 3000-001-014: Norma que establece las disposiciones para el otorgamiento de los*

Servicios de Prestaciones Sociales Institucionales, apartado 5. Definiciones, autorizado por el entonces Titular de la DPEyS, Lic. Israel Raymundo Sevilla Gallardo, validado y registrado por la Unidad de Organización y Calidad el 27 de Diciembre de 2011 folio 015, [en línea], Dirección URL: <http://www.imss.gob.mx/instituto/normatividad/normas/Pages/index.aspxhttp://www.imss.gob.mx/instituto/normatividad/normas/Pages/index.aspx>, [Consulta: 6 de Mayo 2012].

Jiménez Ambriz María Guadalupe, *Resiliencia y vejez*, [en línea], Portal Mayores, nº 80. Lecciones de Gerontología, 17 pp., Madrid, Univ. Autónoma de Madrid, 07 de Febrero de 2008, Dirección URL: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/jimenez-resiliencia-01.pdf> [consulta: 28 de mayo de 2012].

La gran enciclopedia de Economía, *Keynesianismo* [en línea], Dirección URL: <http://www.economia48.com/spa/d/keynesianismo/keynesianismo.htm>. [Consulta del 17, 07, 2013] s/editor, s/lugar de edición. The Lancet, *Alcohol misuse needs a global response*, [en línea], The Lancet, vol. 373, issue 9662 feb.09, 433 pp., Reino Unido, 7 February 2009, Dirección URL: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(09\)60146-X/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(09)60146-X/fulltext) [consulta: 30 mayo de 2012].

Ley del Seguro Social, *Título primero: Disposiciones Generales, Capítulo único*, [en línea], artículos del 1 al 5, p. 1, publicada en el DOF el 21 Diciembre de 1995. Dirección URL: www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/92.pdf [consulta: 11 de Mayo de 2012].

Organización de Estados Americanos, Secretaria de Seguridad Multidimensional, *Informe sobre el Uso de Drogas en las Américas 2011*, [en línea], pp. 105., Washington D.C., Observatorio Interamericano sobre Drogas (OID) – Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD), Dirección URL: [http://www.cicad.oas.org/oid/pubs/Use de Drogas en Americas2011 Esp.pdf](http://www.cicad.oas.org/oid/pubs/Use%20de%20Drogas%20en%20Am%C3%A9ricas2011%20Esp.pdf). [consulta: 17 de mayo de 2012].

Organización Mundial de la Salud, *Tratamiento farmacológico de los trastornos mentales en la atención primaria de salud*, [en línea], 80 pp., Washington, D.C., EE.UU., Dirección URL: www.who.int/entity/mental_health/management/psychotropic_book_spanish.pdf [Consulta: 19 de Mayo 2012], p. 47.

Real Academia Española, *Diccionario de la Lengua Española*, [en línea], vigésima segunda edición, 1 de Junio 2012, Dirección URL: <http://www.wordreference.com/es/en/frames.asp?es=eudemonia>).

Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, *Encuesta Nacional de Adicciones 2008*, [en línea], 173 pp., México, Instituto Nacional de Salud Pública, 2008, Dirección URL: http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ena08/ENA08_NACIONAL.pdf, [consulta: 13 de Marzo de 2012].

Valeria Geremia, *Infancia y conflicto armado en México, Informe Alternativo sobre el protocolo facultativo de la Convención sobre los Derechos del Niño relativo a la participación de niños en los conflictos armados*, [en línea], 46 pp., México, Red por los Derechos de la Infancia en México, Derechos Infancia México AC, Enero 2011, Dirección URL: <http://www.derechosinfancia.org.mx/iaespanol.pdf>, [consulta: 15 de Marzo de 2012].

Wayne Parsons, *Políticas públicas: Una introducción a la teoría y la práctica del análisis de políticas públicas*, en prefacio a la edición en castellano, [en línea], 817 pp., México, Ed. FLACSO, Octubre 2007. Dirección URL: http://books.google.com.mx/books?id=4j_3k3eCwHUC&pg=PA775&dq=los+8+pasos+para+el+an%C3%A1lisis+de+pol%C3%A1ticas+p%C3%BAblicas&hl=es&sa=X&ei=IVIsUZfmKuP02gW1o4H4Dg&ved=0CDIQ6AEwAQ#v=onepage&q=concepto%20politica%20publica&f=false, [consulta: Abril 2013]

Dirección URL: <http://info4.juridicas.unam.mx/ijure/fed/9/5.htm?s> [consulta: 11 de Mayo de 2012].

Dirección URL: www.aamexico.org.mx

Dirección URL: www.cij.gob.mx

Dirección URL: www.imss.gob.mx

Dirección URL:

<http://www.wordreference.com/es/en/frames.asp?es=eudemonia>

Dirección URL:

<http://www.inegi.org.mx/sistemas/TabuladosBasicos/default.aspx?c=16767&s=est>

Dirección URL: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/lss.htm>

Dirección URL: <http://info4.juridicas.unam.mx/ijure/fed/9/5.htm?s>

Dirección URL: www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/92.pdf

Dirección URL: <http://www.drugscience.org.uk>,