

LAS ADICCIONES Y LA CONSTITUCIÓN MEXICANA

Manuel Mondragón y Kalb

INTRODUCCIÓN

Las sustancias psicoactivas legales e ilegales constituyen un gran problema de salud pública en nuestra sociedad. Su consumo genera un impacto negativo en el consumidor y en su ambiente, por lo cual la prevención, control, tratamiento y rehabilitación de las adicciones que estas sustancias producen, resulta un eje central en las políticas públicas del país.

El gobierno de la República ha implementado acciones para disminuir el consumo de sustancias psicoactivas, adoptando medidas preventivas en materia de adicciones, tomando como referencia el actual marco normativo. Este marco tiene como base fundamental el artículo 4o. constitucional que norma tanto las acciones para las instituciones de los tres órdenes de gobierno, como las de los sectores social y privado, fortaleciendo la atención de la salud y la prevención de adicciones. A su vez, este marco se encuentra dentro del contexto de una normativa global, que lleva a cabo sus objetivos por medio de la colaboración con organismos internacionales, que permite cumplir los compromisos contraídos por nuestro país en esta materia.¹

¹ Programa Anual de Evaluación (PAE), 2015, disponible en http://www.coneval.org.mx/Informes/Normateca/PAE_2015.pdf

Es por ello, que la creación y el fortalecimiento de políticas públicas, con base en dicho marco normativo, llevará a un mejor funcionamiento de la sociedad mexicana, generando así, una atención integral al problema de las adicciones en materia de prevención, tratamiento, rehabilitación, formación y capacitación.²

EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN NUESTRO PAÍS: ALCOHOL, TABACO Y OTRAS DROGAS

Gracias a la información generada a partir de la creación de instituciones públicas, privadas y programas gubernamentales, podemos entender de forma más integral el uso, abuso y dependencia de los individuos hacia las drogas legales e ilegales. Revisemos esta información de manera específica, comenzando con las drogas tanto de curso legal como ilegal.

Alcohol

En el transcurso del siglo XIX y principios del XX, el consumo de cualquier droga se consideraba legal en nuestro país, aunque el abuso de las bebidas alcohólicas ya era considerado como un problema, no llegaba todavía a ser visto como una enfermedad, sino como un problema de moral, como un vicio.³

De hecho, el consumo de alcohol, tuvo un fuerte impulso por la industria cinematográfica. Esta industria, sobre todo en la época de oro, explotó el arquetipo mexicano, el cual es representado por su gran sombrero y su botella de *chupe* en la mano, difundiendo el consumo del alcohol, sobre todo el tequila, ante desgracias amorosas o para demostrar la hombría del mexicano por medio del consumo de grandes cantidades de alcohol, sin sufrir las consecuencias negativas que ello implica. De igual forma, estas películas eran complementadas con mú-

² *Idem.*

³ Armando Barriguete, *Lo que el vino se llevó (psicodinamia del alcoholismo)*, México, Diana, 1996.

sica y muchas canciones eran compuestas haciendo alusión a los beneficios que otorgaba el abuso del alcohol.⁴

Ejemplos claros de películas mexicanas en donde el alcohol juega un papel importante son las interpretadas por el actor Pedro Infante, como *Viva mi desgracia* (1944), en donde una bebida llamada *animosa*, transforma al tímido protagonista en alguien totalmente diferente, hasta el grado de ser un “desvergonzado”. Otras películas representativas como *La oveja negra* (1949), *La vida no vale nada* (1955), *El inocente* (1956), muestran el poder desinhibidor del alcohol con sus protagonistas totalmente alcoholizados, teniendo relaciones sexuales. Otra gran película donde el alcohol sale a escena es la protagonizada por Gonzalo Vega, *El lugar sin límites* (1978), en donde gracias a su estado de ebriedad besa a Manuela, un travesti, dueño de un burdel. Un ejemplo más reciente es la película *Sexo, pudor y lágrimas* (1999), entre una larga lista de películas mexicanas en donde el alcohol sale a cuadro.⁵

Se sabe que uno de los mercados clave de la industria cinematográfica, son los niños y los adolescentes, ya que estos aún se encuentran vulnerables ante su medio, necesitan modelos que puedan imitar, cuyas conductas sean reforzadas con recompensas, necesitan figuras fuera de los padres con los cuales se identifiquen. La industria del alcohol sabe capitalizar esto dentro de las imágenes incluidas en las películas, para promover sus productos, haciendo que los protagonistas beban ciertas marcas en momentos clave de la trama. Los jóvenes querrán imitarlos al pensar que si su estrella lo hace, es algo positivo y ellos también lo pueden hacer, por lo cual estos personajes se vuelven objeto de deseo de los niños y adolescentes.⁶

Un importante estudio donde lo anterior se puede ver reflejado, es el realizado por varios investigadores del Instituto Nacional de Salud Pública en 2015, en donde se juntaron especialistas de diferentes países como Argentina, Alemania y Estados Unidos, y se dieron a la tarea de analizar las películas más vistas dentro de 9 países de 2004 a 2009, es-

⁴ Inti Barrientos Gutierrez, *et al.*, “Comparison of tobacco and alcohol use in films produced in Europe, Latin America, and the United States”, en *Public Health*, 2015.

⁵ Internet Movie Database (2016), disponible en: <http://www.imdb.com/>

⁶ Barrientos, *op. cit.*

tos países fueron, Estados Unidos, Argentina, México, Alemania, Italia, Islandia, Polonia, Países Bajos y Reino Unido. El objetivo era observar cuántas de estas películas mostraban imágenes en donde salía a cuadro el alcohol y el tabaco, agrupando las películas en dos grupos: las películas con clasificación para niños y adolescentes y el resto de las películas sin tomar en cuenta la clasificación. En total fueron 839 películas, de las cuales 502 fueron producidas en Estados Unidos, 220 en Europa y 117 latinas (mexicanas y argentinas). Los resultados fueron reveladores, ya que en relación al alcohol, en el caso de México, éste sale en escena en 82 por ciento de las películas totales y en 70 por ciento de las clasificadas para adolescentes. Llama la atención el caso de Polonia, ya que 100 por ciento de las películas para adolescentes muestran alcohol.⁷

Para el caso del tabaco, sobre el que hablaremos más adelante, 89 por ciento de las películas mexicanas lo mostraban. En las películas clasificadas para adolescentes, en 3 de cada 4 películas se mostraban actores fumando o cerca del cigarro, es decir 75 por ciento.⁸

Ante esto, en la actualidad, no hay ley que regule la aparición de bebidas alcohólicas en el cine, por lo que muchas empresas de cerveza y alcohol patrocinan algunas películas del cine mexicano, aunque en el caso del tabaco esto es algo diferente, gracias a la Ley General para el Control del Tabaco, como veremos más adelante. Pero pasemos a revisar, más a profundidad lo que el alcohol representa en nuestra sociedad.

En la actualidad, el alcohol es considerado la droga legal con mayor consumo y con mayor número de adictos a nivel mundial y en nuestro país. Esto debido a su aceptación social y por ende a su fácil acceso, ya que adultos y menores de edad pueden conseguirla de manera sencilla dentro de nuestra sociedad, por lo cual los daños generados en los individuos por su consumo, tienen un alto impacto a nivel individual, familiar y social.⁹

El alcohol, es un depresor del Sistema Nervioso Central. Sus efectos dependerán de las características individuales de las personas, como

⁷ *Idem.*

⁸ *Idem.*

⁹ Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC 2011), *Programa contra el alcoholismo y el abuso de bebidas alcohólicas*, México, 2011-2012, disponible en: http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/publicaciones/abuso_de_bebidas.pdf

la edad, el género, el peso, la alimentación, la velocidad con la que es ingerido, la cantidad y el tipo de bebida, entre otros factores.¹⁰

Se encuentra en levantamiento la 6a. Encuesta Nacional de Adicciones, mientras tanto podemos dimensionar el presente problema, a través de los datos que alumnos del país nos dan sobre la extensión del consumo.

La Encuesta Nacional de Consumo de Drogas entre Estudiantes, realizada por el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, la Comisión Nacional contra las Adicciones y la Secretaría de Educación Pública,¹¹ obtiene información mediante un cuestionario estandarizado que se ha utilizado en encuestas anteriores y que está validado, además de que se compara con indicadores epidemiológicos que han sido utilizados en estudios de América Latina por la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD), *Monitoring The Future* y la *European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs* (ESPAD).

La población a la cual fue aplicada comprendió alumnos de 5o. y 6o. grado de primaria, así como alumnos de secundaria y bachillerato, de tres estratos de cada uno de los estados del país, además de 9 ciudades específicas tomadas para este estudio, por lo cual la muestra resultó en 1,560 estudiantes de cada estrato; es decir, 4,680 en total por cada estado, así como 1,560 estudiantes por estrato para las ciudades específicas. De igual forma, la selección de las escuelas fue de manera aleatoria, en los 32 estados y en las 9 ciudades de cada nivel educativo, por medio de un muestreo de orden sistemático correspondiente al interior de los estados, por lo cual la estimación dada es de 6,358 grupos escolares o 191,880 estudiantes que fueron encuestados. Además, de forma simultánea con la obtención de la muestra principal, se generó una muestra réplica con el mismo procedimiento.¹²

¹⁰ *Idem.*

¹¹ Jorge Ameth Villatoro Velázquez, *et al.*, *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes 2014. Reporte de Drogas*, Encode 2014, México, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Comisión Nacional contra las Adicciones, Secretaría de Salud, 2015.

¹² *Idem.*

El levantamiento de la encuesta se llevó a cabo por un proceso de campo, el cual fue licitado y ganado por la empresa Berumen y asociados. Esta empresa llevó a cabo, de manera conjunta con el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPREM) la depuración de la muestra que proporcionó la Secretaría de Educación Pública (SEP) y una vez hecha la depuración se seleccionó a las escuelas y grupos encuestados, así como la muestra réplica.¹³

Esta encuesta, muestra que a mayor edad, es más alto el consumo de alcohol, esto se puede observar claramente en los estudiantes que tienen 12 años o menos, en donde 26.7 por ciento ha ingerido alcohol alguna vez en la vida, pero los que tienen 17 años o más han consumido alcohol en 78.4 por ciento y los que tienen 18 años o más aumenta hasta 83.8 por ciento. Estos números se presentan en forma similar en la prevalencia de consumo excesivo (beber 5 copas o más en una sola ocasión durante el último mes en hombres, y 4 o más copas en las mujeres), ya que los estudiantes de 12 años o menos tienen una prevalencia de 4 por ciento, los jóvenes de 17 años presentan 28.8 por ciento y en los de 18 años o más se llega a 37.7 por ciento.¹⁴

En la misma encuesta, el total de consumo de alcohol alguna vez para los estudiantes de secundaria es de 53.2 por ciento, de bachillerato es de 54 por ciento y en el caso de las mujeres es de 52.5 por ciento.¹⁵

En el caso de los estudiantes de primaria, el consumo total de alcohol es de 16.9 por ciento, teniendo más ingesta los hombres con 21.5 por ciento; en tanto que las mujeres presentan 12.1 por ciento. La prevalencia de consumo en el último año, es de 8.1 por ciento; en el caso de los hombres, 10.5 por ciento, y 5.5 por ciento en las mujeres. Los estudiantes que han abusado del alcohol, son 2.4 por ciento, alrededor de 110,677 alumnos.¹⁶

En la prevalencia del último año, 35.5 por ciento de los estudiantes de secundaria y bachillerato consumieron alcohol; en el caso de los hombres, 36.2 por ciento, y en el de las mujeres, 34.9 por ciento. De igual forma en esta prevalencia, el consumo en el caso de los hombres

¹³ *Idem.*

¹⁴ *Idem.*

¹⁵ *Idem.*

¹⁶ *Idem.*

de secundaria, fue de 24.3 por ciento y 56.5 por ciento en bachillerato. Para las mujeres en el caso de la secundaria, se tiene un porcentaje de 24 y para el caso del bachillerato un 52.1 por ciento. En el caso del consumo excesivo, se tiene la prevalencia de 14.5 por ciento, alrededor de 1,516,093 alumnos, de los cuales 15.7 por ciento corresponde a los hombres y 13.3 por ciento a las mujeres.¹⁷

Es importante observar la percepción de riesgo por parte de los estudiantes, en relación al uso frecuente del alcohol, es una variable que predice la probabilidad de que los jóvenes consuman dicha sustancia. En el caso de los que lo han probado, 46.4 por ciento piensa que es peligroso consumir alcohol; de los que no han consumido, 78.4 por ciento piensa que su consumo es peligroso. De igual forma, el porcentaje de estudiantes que requieren tratamiento por problemas en el consumo de alcohol de secundaria y bachillerato es de 15.5 por ciento; es decir 1,674,300 alumnos.¹⁸

En el caso de los alumnos de primaria, 85 por ciento de los estudiantes que lo han consumido, piensan que es peligroso consumir alcohol; mientras entre los que no lo han probado, 95.6 por ciento lo consideran peligroso.¹⁹

Uno de los programas que ha tenido mayor impacto positivo en la sociedad, es el programa “Conduce sin alcohol”, el cual se inició en el año 2003 por iniciativa del autor del presente capítulo. Este programa ha logrado posicionarse con los ciudadanos ya que cuenta con 92 por ciento de aceptación por parte de los habitantes de la Ciudad de México y por lo mismo la Comisión Nacional contra las Adicciones, en 2015, promovió su aplicación en todo el país, a través de los Consejeros Estatales. Actualmente 24 estados se encuentran en el programa “Conduce sin alcohol” de los cuales 20 han firmado el convenio de colaboración. Se encuentra operando en 113 municipios y están involucradas 2,052 personas.²⁰

El programa nació por las cifras tan alarmantes detectadas de accidentes automovilísticos y mortalidad. Entre 2003 y 2012 tuvieron lu-

¹⁷ *Idem.*

¹⁸ *Idem.*

¹⁹ *Idem.*

²⁰ Secretaría de Salud, *Conduce sin Alcohol. Programa Nacional, México Sano*, 2015.

gar 310 mil accidentes automovilísticos debido a la ingesta de alcohol. En el año 2012 fallecieron 17 mil 102 personas a casusa de accidentes de tráfico, 150 mil tuvieron lesiones y 33 mil presentaron lesiones graves. Estas lesiones, representan la octava causa general de muerte, estando por arriba de los padecimientos de tipo infeccioso y por debajo de las llamadas enfermedades cronicodegenerativas y las complicaciones que de éstas se derivan.²¹

Además, estos accidentes automovilísticos, constituyen un factor muy importante en relación con la pérdida en años de vida proactiva, ya que es la primera causa de muerte en la población escolar de entre cinco y nueve años y la segunda causa de muerte en la población adolescente de 10 a 19 años y de adultos jóvenes de 20 a 29 años.²²

Se ha demostrado la efectividad de este programa, ya que en la Ciudad de México (antes Distrito Federal) se han reducido en 25 por ciento los accidentes de tránsito vinculados al consumo de alcohol.²³ Ante esta situación, se necesita redoblar los esfuerzos en los servicios e infraestructura que tratan los trastornos por consumo de alcohol, así como la creación de políticas públicas bajo el régimen de la normatividad establecida, como las restricciones de horarios, regulación de la publicidad, no venta a menores de edad, la puesta en marcha de más alcoholímetros, y servicios de atención, tratamiento y rehabilitación de manera integral.

Tabaco

En relación con el tabaco, el consumo y exposición del mismo, representan la primera causa de muerte que se puede prevenir a nivel mundial, su consumo es factor de riesgo para seis de las ocho principales causas de muerte en el mundo. A nivel mundial se cuentan por fumadores a un poco más de mil millones de personas y el tabaquismo mata prematuramente a cerca de seis millones de personas, lo cual causa pérdidas millonarias en los sistemas de salud.²⁴

²¹ *Idem.*

²² *Idem.*

²³ *Idem.*

²⁴ Jorge Ameth Villatoro Velázquez, *et al.*, *Encuesta Nacional de Adicciones 2011. Reporte de drogas*, ENA 2011, México, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente

El consumo de tabaco, tiende a reducir la esperanza de vida de las personas, debido a que puede derivar en diversas enfermedades como cáncer de pulmón, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y otros padecimientos como cáncer en laringe, riñón, vejiga, estómago, colon, cavidad oral y esófago, leucemia, cardiopatía isquémica, además de provocar abortos y partos prematuros o defectos de nacimiento, entre algunas otras enfermedades.²⁵

El incremento en su consumo es resultado de la globalización, ya que su industria, mediante publicidad, promoción y patrocinio ha sabido dirigir sus campañas a mercados específicos, como adolescentes y mujeres.²⁶

Como observamos con anterioridad en el caso del alcohol, entre los años 1930 y 1950 las tabacaleras pagaron millones de dólares a la industria cinematográfica. En esta época el cine pasó de lo visual con el cine mudo, a lo audiovisual, con lo cual la realidad representada, podía acceder más a la sensibilidad y, en consecuencia, a más lugares, a más público. Por lo tanto, los cigarros comenzaron a aparecer en primer plano, los grandes actores de la época dorada del cine aparecían fumando, con lo cual el uso de tabaco se integró a la sociedad de manera inmediata. Ejemplo claro de esta situación se observa cuando dos tercios de las cincuenta estrellas más importantes de Hollywood de finales de los 1930 y 1940, se prestaron para anunciar marcas de tabaco firmando acuerdos millonarios.

Por otra parte, los medios de comunicación masiva, no sólo impactan de manera negativa en la sociedad, sino que también pueden ser una herramienta de transmisión de mensajes con contenidos de verdad, que quitan el oscuro velo de la información. Claro ejemplo es el documental *The Tobacco Conspiracy*²⁷ en donde, se hace la pregunta, que muchos se hacen: ¿por qué las personas siguen fumando, a pesar de que se tienen evidencias científicas del daño que causa este hábito? En

Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública, Secretaría de Salud, 2012, disponible en: www.inprf.gob.mx, www.conadic.gob.mx, www.cenadic.salud.gob.mx, www.insp.mx

²⁵ *Idem.*

²⁶ *Idem.*

²⁷ Nadia Collot, *The Tobacco Conspiracy*, Montreal, PQ, National Film Board of Canada, 2005.

su búsqueda de respuesta da cuenta de una serie de documentos que datan de 1953, en donde se afirmaba que la industria sabía del daño que el cigarro causaba en la salud de las personas, ya que un estudio mencionaba que 94.1 por ciento de los pacientes masculinos con cáncer de pulmón eran fumadores de cigarro. Esto hace dar cuenta que las grandes tabacaleras sabían ya desde hace varios años el daño que el tabaco ocasionaba en la salud de las personas, y prefirieron ocultar esa información para seguir obteniendo ganancias económicas, sin importarles las enfermedades y muertes que estaba ocasionando en ese momento y que se potenciaría terriblemente en años posteriores. Para ocultar esta información, se llevó a cabo en el hotel Plaza de Nueva York una importante reunión entre los grandes directores de las tabacaleras, considerada como una de las estrategias más grandes de relaciones públicas, ya que la competencia entre estas tabacaleras era fuerte, eran enemigos, pero ante la evidencia que comenzaba a existir sobre los daños, tuvieron que unirse como una gran familia de la mafia (conformada por empresas como American Tobacco, RJ Reynolds, Lorillard Tobacco, British America Tobacco, Brown and Williams Tobacco, Phillip Morris y U.S. Tobacco) que mataría muchas personas. En esta reunión se llegó a la conclusión de que era necesario ocultar la evidencia que los médicos y científicos estaban mostrando sobre los daños a la salud que ocasionaba fumar tabaco, ya que estos representaban sus grandes enemigos y por lo tanto los atacarían creando “información científica” que dijera que el cigarro no causaba daños, además de utilizar la publicidad sobre todo en cine y televisión para potencializar el consumo.

En 1994 fueron llamados a testificar siete directores ejecutivos de estas grandes tabacaleras estadounidenses en relación con una denuncia que 48 estados de ese país habían realizado contra esas empresas por daños a la salud, debido a la adicción que causa la nicotina y a los ingredientes químicos que contiene el cigarro, como el amoniaco, que potencializan esa adicción. Los directores, al testificar, mencionaron que la nicotina no era adictiva y que fumar tabaco no ocasionaba daños en la salud. Para 1998 estas compañías tuvieron que pagar 206 mil millones de dólares para evitar un veredicto en el cual tenían que pagar tratamiento por daños a la salud a fumadores. Además en ese año se impuso a las tabacaleras la consigna de que no podían hacer propagan-

da dirigida hacia los adolescentes, pero esto sólo fue en Estados Unidos, además de que debían hacer públicos todos los documentos que tuvieran donde se incluyeron los descubrimientos con daños a la salud desde 1953 y que inspiraron el documental.

La lucha contra estas tabacaleras ha sido enorme, pero parece que cuando se les da un golpe fuerte, siempre tienen con qué responder, y es que el poder con que cuentan les permite ejercer presión con suma facilidad en todos los ámbitos, como en el político, ya que es conocido que en diferentes países, estas compañías pagan contribuciones a los legisladores, para que legislen en su favor y se ponga lo mínimo en contra de estas compañías para que sigan obteniendo ganancias por parte de la gente más vulnerable, como lo son los jóvenes, los cuales serán los consumidores del futuro, por lo cual es importante conocer sus hábitos y actitudes de consumo, para que antes de los 25 años se identifiquen con una marca que sea su opción prioritaria.

Derivado de lo anterior, el 30 de mayo de 2008, en México se publicó en el *Diario Oficial de la Federación* (DOF), la Ley General para el Control del Tabaco, la cual prohíbe cualquier tipo de patrocinio o publicidad de productos derivados del tabaco en cualquier medio de comunicación, incluyendo por supuesto la industria cinematográfica.²⁸

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) apoyó completamente esta acción y mencionó que no se deben recibir apoyos de ningún tipo por parte de las industrias tabacaleras, además de advertir antes de la exhibición de cualquier contenido que contenga tabaco, y ponerla en la clasificación de adultos; de hecho, por medio del documento firmado por México desde 2004, en el Convenio Marco para el Control de Tabaco llamado “Películas libres de humo: de la evidencia a la acción”, el país se ve obligado a cumplir estas políticas.²⁹

Otra de las leyes a remarcar que ha definido un eje para proteger a las personas que no fuman, es la Ley de Protección a la Salud de los no Fumadores en el Distrito Federal (ahora Ciudad de México). Esta ley se publicó en la *Gaceta Oficial del Distrito Federal* el 29 de enero de 2004 y tiene por objeto proteger la salud de la población de los efectos

²⁸ Barrientos, *op. cit.*

²⁹ *Idem.*

nocivos por inhalar involuntariamente el humo de la combustión del tabaco; establecer mecanismos, acciones y políticas públicas tendientes a prevenir y disminuir las consecuencias derivadas del consumo de tabaco y de la exposición al humo de la combustión del mismo, en cualquiera de sus formas, así como definir y establecer las políticas y acciones necesarias para reducir su consumo y prevenir la exposición al humo y su morbilidad y mortalidad.

Con esta ley queda prohibida la práctica de fumar en todos los espacios cerrados de acceso al público, como oficinas, hospitales, elevadores, escuelas, cines, vehículos de transporte de personal y escolar, espacios cerrados de alimentos y bebidas, entre otros.³⁰

De la misma manera, desde septiembre de 2010, se desarrollaron advertencias sanitarias a manera de pictogramas y texto en las cajetillas de cigarro, donde se hace hincapié en los daños a la salud que genera el consumo de tabaco. Se les preguntó a los fumadores, si habían notado estas advertencias sanitarias, y 55.7 por ciento mencionaron que han notado los pictogramas con mucha frecuencia y 45.5 por ciento ha leído las advertencias.³¹

Drogas ilegales

En relación con las drogas ilegales, la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes (2014), indica que la prevalencia total de consumo de alguna droga es de 17.2 por ciento; es decir 1,798,400 alumnos. Los casos de “alguna vez en la vida” es de 18.6 por ciento para los hombres y de 15.9 por ciento para las mujeres.

La droga principal de consumo es la marihuana. En el caso de secundaria y bachillerato, alcanzó una prevalencia de alguna vez de 10.6 por ciento, alrededor de 1,108,316 alumnos, 6.1 por ciento en secundaria y 18.1 por ciento para el bachillerato, el porcentaje sobrante, 62 por ciento corresponde a las demás drogas ilegales, como los inhalables con 5.8 por ciento; es decir, 606,437 alumnos y la cocaína con 3.3 por ciento, alrededor de 345,042 alumnos, así como a las drogas médicas.

³⁰ Ley de protección a la salud de los no fumadores en el Distrito Federal, Asamblea Legislativa del Distrito Federal, México, 2004.

³¹ Villatoro, ENA, 2011.

Además, de cada 10 usuarios, 7 son usuarios experimentales, lo cual significa que utilizaron la droga entre una y cinco veces.³²

El consumo aún sigue prevaleciendo en mayor cantidad en hombres, aunque la distancia es cada vez menor, ya que por cada 6 mujeres consumidoras hay 7 hombres. Los estudiantes de 18 años y más son los que presentan mayor índice de consumo, ya que dos de cada 5 jóvenes usa drogas cotidianamente; es decir, 36.2 por ciento.³³

Para esta encuesta, por primera vez, se contó con información de estudiantes de primaria, en específico alumnos de 5o. y 6o. grado, en donde se pudo observar la problemática del consumo. Los indicadores generados señalan un contexto algo diferente a lo observado en los estudiantes de secundaria y bachillerato, ya que la prevalencia de consumo alguna vez es baja con 3.3 por ciento; es decir, alrededor de 152,181 alumnos, y 3 de 4 niños que las han consumido, lo han hecho de manera experimental, además hay tres hombres consumidores por cada mujer.³⁴

De igual forma en esta población, la marihuana es la droga que más se consume, con 2.3 por ciento, alrededor de 106,065 alumnos, de los cuales 3.4 por ciento corresponde a los hombres y 1.1 por ciento de las mujeres. Los inhalables le siguen con 1.8 por ciento de estudiantes que han probado inhalables; es decir, 83,008 alumnos, de los cuales 2.7 por ciento corresponde a hombres y 0.9 por ciento a mujeres.³⁵

Estos datos nos hablan de una situación alarmante del consumo de drogas en jóvenes y niños, ante lo cual las instancias pertinentes en todos los órdenes deben tomar medidas en la creación y fortalecimiento de políticas públicas que favorezcan prevención, detección, tratamiento y seguimiento de esta población tan vulnerable.

DESARROLLO HISTÓRICO DE LA LEGISLACIÓN PARA EL CONTROL DE DROGAS EN MÉXICO

Sabemos que en México, desde la época prehispánica, el uso de sustancias psicoactivas estaba presente. Un ejemplo claro es el uso del alcohol

³² Villatoro, Encode, 2014.

³³ *Idem.*

³⁴ *Idem.*

³⁵ *Idem.*

para los aztecas, en donde se creía que las personas que se excedían en su uso habían nacido bajo el signo de *ome tochtli* (espíritu o dios menor de la embriaguez) o el descubrimiento del aguamiel por un noble tolteca. De igual forma el peyote se utilizaba en algunas culturas del México prehispánico para el sacrificio humano, en donde existía un banquete sacramental. Como estos ejemplos podemos encontrar varios más en nuestros antepasados, ya fueran utilizadas con fines religiosos o como conexión entre su mundo y el de los dioses.³⁶

En la historia del consumo hay un parteaguas que hace de la presencia y uso de sustancias psicoactivas el detonante de la gravedad que se puede observar en la actualidad. A nivel mundial, en el siglo XIX varias áreas de la sociedad comenzaron a confluir con un discurso positivo hacia el uso de las sustancias, no sólo la química, la medicina o las farmacéuticas propiciaban su uso, sino que grandes figuras de la literatura, filosofía o de la vida artística comenzaron a ver su uso como fuente de inspiración.³⁷

En México, se consumía sobre todo en los ambientes de bohemia, los más asiduos a las sustancias eran artistas, literatos, aristócratas, revolucionarios con altos mandos y soldados rasos, profesionista, gente de clase media, reclusos y trasnochadores. En las farmacias también se encontraban drogas, sobre todo zoapatli, toloache, opio, marihuana, codeína, morfina y heroína que formaban parte de los productos de consumo de la vida cotidiana. En específico, la marihuana era la droga de las clases bajas, mientras que la gente rica, consumía opio, belladona y cocaína. De hecho existía un personaje famoso en la prensa de la época, creado por José Guadalupe Posadas, llamado *Chepito el Mariguano* que promovía consumir dichas sustancias.³⁸

Con los cambios sociales en México y la llegada de la revolución industrial, se impulsó la modernización, se crearon grandes infraestructuras donde la gente trabajaba y se volvía cada vez más productiva, generando así recursos a la Nación, pero para que esto fuera posible la

³⁶ Antonio Escototado, *Historia general de las drogas*, Madrid, Espasa, 2000.

³⁷ *Idem.*

³⁸ Hugo Vargas, “De cómo se prohibieron las drogas en México”, 2013, en Confabulario, *El Universal*, disponible en: <http://confabulario.eluniversal.com.mx/de-como-se-prohibieron-las-drogas-en-mexico/>

sociedad debía mantenerse en sobriedad, sin vicios. De hecho existía un concepto llamado “degeneración de la raza”, en donde ésta era la consecuencia del consumo de alcohol y de sustancias llamadas medicinales en ese entonces, como opio, morfina, éter, cocaína y marihuana, entre otras, por lo cual se solicitaban disposiciones para la nueva Constitución, en donde se neutralizara el comercio de estas sustancias. Las principales preocupaciones de esta nueva legislación enfocada en la prohibición eran el uso del alcohol y de la morfina, en el caso de la marihuana las leyes no eran tan duras y sólo se le mencionaba de forma general, cuando se hacía la lista de las sustancias dañinas, de hecho no sería hasta 1920 cuando se vio a la marihuana con miras de prohibición y no sólo como una planta medicinal.³⁹

La ley vigente en ese momento era la Constitución de 1857, que no mencionaba la regulación del consumo, venta o producción de tales sustancias, lo único que dictaba era la prohibición de adulterarlas; sin embargo, las autoridades correspondientes no prestaban atención a estas disposiciones, ya que existía una fuerte inestabilidad en el país, la cual sucedió en la primera mitad del siglo XIX. Algunas de las disposiciones que se pueden remarcar a pesar de esta falta de atención por parte de las autoridades es el primer reglamento en relación con el establecimiento de boticas en la ahora Ciudad de México, los cuales representaban los lugares legítimos para la creación y la venta de las sustancias permitidas por el gobierno y, en 1870, se declaró que tendrían que venderse bajo receta médica.⁴⁰

Ante esto, en el ámbito de salud, fue hasta finales de la década de 1830 que surgieron las primeras reglamentaciones, sentando las bases para la creación del Código Penal de 1871, mejor conocido como el Código Martínez de Castro, que tenía funcionamiento en el entonces

³⁹ Leopoldo Rivera, *Antes de los acuerdos internacionales, las leyes de la cannabis en México 1545-1925*, 2014, Cuadernos del Colectivo por una política integral hacia las drogas (Cupihd) 7.

⁴⁰ Arno Burkholder, *Porque le falta, porque no tiene, marihuana que fumar*, México, 2011, disponible en: <http://www.artesehistoria.mx/blog/index.php/component/k2/itemlist/category/8-blogs?start=896>.

Distrito Federal y en la península de Baja California y en donde se penalizaban por vez primera los delitos relacionados con la salud.⁴¹

Este código, tenía un único capítulo titulado “Delitos contra la salud pública”, en el cual se prohibía la producción de sustancias y productos dañinos a la salud. Además, en los artículos 842, 844 y 853, se establecieron multas a quienes comerciaron con este tipo de sustancias. Es importante mencionar que, en estos años, aún no era vista la magnitud del problema de salud pública que representaba el abuso de estas sustancias dañinas, pero la creación de este Código estableció los primeros cimientos que llevarían a una estructurada política de salud en México.⁴²

Como resultado de este código, en 1884, el Consejo Superior de Salubridad se dio a la tarea de crear un inventario de los tóxicos y sustancias peligrosas existentes; además se creó un reglamento con nuevas propuestas que restringía la venta de medicina herbolaria. Sin embargo, estas prohibiciones estaban enfocadas a los productores y consumidores, por lo cual el factor social no estaba incluido. Para que este reglamento se aprobara, el Congreso de la Unión utilizó todos los medios posibles, sin embargo, el Despacho de Gobernación lo refutó, lo cual dejaba en claro las diferencias existentes en materia de la regulación de sustancias dañinas entre Gobernación, sobre bases criminológicas, y algunas autoridades de salud, con bases médicas, y la natural tendencia al control estatal. Ante esta situación, las políticas de salud tuvieron una mezcla de estas dos posturas, quedando el reflejo en los Códigos Sanitarios de 1891, 1894 y 1902.⁴³

Por tanto, la protección del Estado en materia de salud queda determinada como un bien jurídico, ante lo cual se establece el Consejo Superior de Salubridad, el cual representa la máxima autoridad en la materia.⁴⁴

⁴¹ Raúl Carrancá y Trujillo, “Martínez de Castro y el Código Penal de 1871”, en *Revista del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM*, 1942.

⁴² Alejandra García de Loera, “Breve aproximación histórica sobre la prohibición de las drogas en México”, en *Clío al desnudo*, México, 2016, disponible en: <http://pagina24.com.mx/2016/07/12/clio-al-desnudo/>

⁴³ *Idem.*

⁴⁴ *Idem.*

Así, en los inicios del siglo xx, por todos los movimientos generados en el mundo, México tuvo la influencia para crear un marco de salubridad y control social, vinculado al control de sustancias dañinas, ante lo cual se reformó la fracción XXI del artículo 72 de la Constitución de 1857. Esta reforma trajo medidas más restrictivas en relación con la protección de la población de esta degeneración racial que causaban los consumidores de sustancias, sin embargo estas regulaciones sólo tenían alcance en materia penal y criminal.⁴⁵

Para julio de 1919, se creó el Consejo de Salubridad, el cual generó una estrategia para atacar la situación adictiva, sobre todo entre jóvenes de clase media que habían tomado como moda el consumir opio, marihuana, cocaína y heroína.⁴⁶

En los años veinte surgen los primeros estudios en relación al consumo de la marihuana, a cargo del doctor Ignacio Guzmán, los cuales se enfocaron en la intoxicación que causa, tomaron en consideración cien casos que estudió en la Penitenciaría del Distrito Federal, con las conclusiones siguientes: del total de consumidores, 93 por ciento eran hombres y 7 por ciento mujeres; la edad de los mismos oscilaba entre los 14 y los 65 años, y tenía su pico de consumo entre los 20 y 40 años, además de que su uso era sobre todo en la clase baja, predominando en la milicia.

Es importante recalcar que México se encontraba a la vanguardia en cuestión de la lucha en contra del consumo de la marihuana, esto debido a que Estados Unidos concentraba sus esfuerzos en el opio y la cocaína, de hecho fue hasta 1937 que la *cannabis* fue prohibida en este país, teniendo como argumento que los jóvenes inmigrantes mexicanos incitaban al consumo a los jóvenes americanos.

Cuando en 1912, Francisco I. Madero se encontraba en la silla presidencial, se empezaría un proceso para el control de sustancias, en especial los opiáceos. Esto lo continuaría en 1916 Venustiano Carranza, quien por decreto prohibiría los opiáceos.⁴⁷

⁴⁵ *Idem.*

⁴⁶ Vargas, *op. cit.*

⁴⁷ García, *op. cit.*

El Congreso Constituyente realizó una reunión en Querétaro en 1917, en la que se presentaron nuevas propuestas en materia de legislación para las sustancias dañinas a la salud, pero existieron muchos argumentos encontrados como las ideas revolucionarias y la perspectiva médica y política.⁴⁸

En estos años, el Diputado y doctor José María Rodríguez, quien fungía como Presidente del Consejo de Salubridad, al observar que el consumo de alcohol era visto de manera similar que el consumo de marihuana o de opiáceos, tuvo la iniciativa de realizar un cambio a la fracción XVI del artículo 73 de la Constitución, buscando que la dirección del Consejo, quedara en manos del Presidente de la República, y que no tuviera interferencia alguna de las secretarías de Estado, para así fortalecer las medidas sanitarias. Para 1917, el alcohol ya era considerado como igual a otras drogas en relación al daño que generaba.⁴⁹

También en la Cámara de Diputados existieron iniciativas en relación con el alcohol. Los diputados Francisco J. Múgica y David Pastrana, propusieron la creación de una ley antialcohólica, pero para que esto fuera posible se tenía que reformar la Constitución, para así prohibir la fabricación y la venta de pulque, de alcohol de maguey, de caña de azúcar, así como de cereales que pudieran producir bebidas alcohólicas. También se prohibiría la importación de alcohol para la producción de estas bebidas y se proponía la ilegalización de la venta de drogas. Esta propuesta fue rechazada por 98 contra 54 votos, debido a que el consumo de alcohol seguiría y sin embargo la economía del país se vería afectada.⁵⁰

Para el año de 1925 y bajo la presidencia de Plutarco Elías Calles, se creó un nuevo Reglamento de Salubridad Pública y para 1926 también un nuevo Código de Sanidad, que sustituyó al de Porfirio Díaz y en donde se marca la ilegalidad del consumo de las sustancias, exceptuando los alucinógenos utilizados por culturas prehispánicas. Además, en 1925 se comienzan a confiscar los bienes de los narco-

⁴⁸ *Idem.*

⁴⁹ *Idem.*

⁵⁰ Vargas, *op. cit.*

traficantes. También surge un nuevo Código Penal Federal en 1929, el cual sería remplazado dos años después, y en el que quedó establecida la prohibición, así como la criminalización de las sustancias psicoactivas en el país. En este Código, se establece, que para atender la problemática adictiva, se tienen que crear “establecimientos especiales”, los cuales terminaron siendo los psiquiátricos que ya estaban instalados o la cárcel más cercana.⁵¹

A raíz de esto comenzaron a surgir posiciones enfrentadas en cuanto a lo que representaba una persona con un problema de adicción. Ejemplo de esto es un profesor de la facultad de medicina que mencionaba que los adictos no tenían forma de salir de su toxicomanía. Por otro lado el director de un manicomio, el doctor Leopoldo Salazar Viniegra, contemplaba en 1939 por primera vez al adicto como un enfermo y no como un delincuente, por lo que debían estar sujetos a un tratamiento médico, recalcando que el problema de la sociedad no era el consumidor, sino el traficante de drogas. Otra postura radical era la del juez Jorge Salazar Hurtado, quien en 1937, quería que las personas que cometieran delitos contra la salud, fueran aislados en islas desiertas y los que fueran diagnosticados como incurables, se sometieran a un proceso de esterilización de sus genitales.⁵²

Todo este proceso sirvió para que se estableciera un marco jurídico que regulara las acciones involucradas en materia de adicciones en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, así como en convenciones, leyes federales, estatales, reglamentos, decretos, acuerdos y normas oficiales mexicanas.

En el artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos se estableció el derecho a la protección de la salud, donde se estipula que: “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 de las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 constitucional”.

⁵¹ García, *op. cit.*

⁵² Vargas, *op. cit.*

En este sentido, el artículo 4o de nuestra Constitución prevé la expedición de la Ley reglamentaria del derecho a la protección de la salud, es decir, la Ley General de Salud, la cual se publicó en el *Diario Oficial de la Federación* el 7 de febrero de 1984 y prevé como materias de salubridad general, el programa para la prevención, reducción y tratamiento del uso nocivo del alcohol, la atención del alcoholismo y la prevención de enfermedades derivadas del mismo, así como la protección de la salud de terceros y de la sociedad frente al uso nocivo del alcohol; el programa contra el tabaquismo; la prevención, orientación, control y vigilancia en materia de enfermedades respiratorias, enfermedades cardiovasculares y aquellas atribuibles al tabaquismo; la prevención del consumo de estupefacientes y psicotrópicos y el programa contra la farmacodependencia. Algunas de estas materias de salubridad general, se han complementado o incorporado mediante diversas reformas que ha tenido este ordenamiento. Entre las reformas más importantes que sufrió la Ley General de Salud en materia de adicciones, se encuentran:

- El Decreto por el que se expide la Ley General para el Control del Tabaco; y deroga y reforma diversas disposiciones de la Ley General de Salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 30 de mayo de 2008.
- El Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley General de Salud, del Código Penal Federal y del Código Federal de Procedimientos Penales, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 20 de agosto de 2009, mediante el cual se incorporaron diversas disposiciones relativas al programa contra la farmacodependencia y adiciona un apartado C al artículo 13, que establece que corresponde a la Federación y a las entidades federativas, la prevención del consumo de narcóticos, atención a las adicciones y persecución de los delitos contra la salud, así como un Capítulo VII al Título Décimo Octavo, denominado “Delitos Contra la Salud en su modalidad de Narcomenudeo”.
- El Decreto por el que se reforman y adicionan diversas disposiciones de la Ley General de Salud, en materia de Bebidas Al-

cohólicas, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 20 de abril de 2015, de la cual vale la pena destacar que adiciona un Capítulo II Bis al Título Décimo Primero, que se denomina “Protección de la Salud de Terceros y de la Sociedad frente al uso nocivo del Alcohol”. Por otra parte, la Ley General de Salud establece el Sistema Nacional de Salud, cuya coordinación está a cargo de la Secretaría de Salud. Dicho Sistema está constituido por las dependencias y entidades de la administración pública, tanto federal como local, y las personas físicas o morales de los sectores social y privado que presten servicios de salud, así como por los mecanismos de coordinación de acciones, y tiene por objeto dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud. En este sentido, dicho ordenamiento regula a las instituciones del Sistema Nacional de Salud que tienen a su cargo programas para la prevención de las adicciones y aquéllas que brindan tratamiento a las personas adictas.

Bajo este contexto, la Ley General de Salud, regula lo relativo al ámbito de competencia del Consejo Nacional contra las Adicciones, el cual tiene por objeto promover y apoyar las acciones de los sectores público, social y privado, tendientes a la prevención y combate de los problemas de salud pública, causados por las adicciones que regula dicho ordenamiento, así como proponer y evaluar los programas para la prevención, reducción y tratamiento del uso nocivo del alcohol, la atención del alcoholismo y la prevención de enfermedades derivadas del mismo; contra la farmacodependencia y contra el tabaquismo, previsto en la Ley General para Control del Tabaco.

Asimismo, los capítulos quinto y sexto del Título Décimo Segundo de la Ley General de Salud, establecen las disposiciones a que deberá sujetarse el control sanitario de los estupefacientes y las sustancias psicotrópicas, las cuales, para efectos de dicho ordenamiento, se enlistan en los artículos 234 y 245, respectivamente, facultando este ordenamiento a la Secretaría de Salud y al Consejo de Salubridad General para adicionar dichos listados.

Otro ordenamiento que contiene disposiciones en materia de narcóticos es el Código Penal Federal, mismo que en el Título Séptimo

tipifica los Delitos Contra la Salud, considerando como narcóticos a los estupefacientes psicotrópicos y demás sustancias o vegetales que determinen la Ley General de Salud, los convenios y tratados internacionales de observancia obligatoria en México y los que señalen las demás disposiciones legales aplicables en la materia, considerándose como punibles las conductas que se relacionen con los estupefacientes, psicotrópicos y demás sustancias previstos en los artículos 237, 245, fracciones I, II y III y 248 de la Ley General de Salud, que constituyen un problema grave de salud pública.

EL PAPEL DE LAS INSTITUCIONES
MEXICANAS PARA LA ATENCIÓN
DE LOS PROBLEMAS POR CONSUMO
DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Con base en la evolución del fenómeno de las adicciones, en nuestro país, se han ido creando instancias cada vez más especializadas para diseñar políticas públicas acordes con la demanda de servicios para su atención integral.

Como se ha ido observando, los daños causados por el alcohol son considerables, sobre todo los daños al hígado, como la esteatosis hepática, hepatitis alcohólica y más que nada la cirrosis, la cual tiene como una de sus principales causas el alcoholismo, aunque también puede generarse por otros motivos como la hepatitis B y C, los trastornos en el sistema de drenaje del hígado y la esteatosis hepática no alcohólica.⁵³

Ante esto, desde hace más de cuarenta años, diversos hospitales, así como gastroenterólogos y organizaciones como “Alcohólicos Anónimos”, intervinieron para atender estas enfermedades, a pesar de que la investigación para poder hacer una medición de los problemas que genera el alcohol, resulta complicada por la variedad de casos que se pueden presentar.⁵⁴

El doctor Rafael Velasco Fernández en su libro *Esa enfermedad llamada alcoholismo*, menciona que de 1970 a 1980, la cirrosis estaba

⁵³ Rafael Velasco, *Esa enfermedad llamada alcoholismo*, México, Trillas, 1981.

⁵⁴ *Idem*.

dentro de las primeras diez causas de muerte de los mexicanos, dañando sobre todo al grupo etario de 25 a 40 años. Además menciona que la cirrosis hepática representa la quinta causa de mortandad en nuestro país, lo cual representa la muerte de 30 mil personas por esta enfermedad al año. También en 1981, el doctor Velasco investigó la influencia cultural que tienen los menores al momento de ingerir alcohol, atribuidos al consumo familiar.⁵⁵

De igual forma, el doctor Juan Ramón de la Fuente Muñiz, reportó en 1981 que el 81.7 por ciento de los intoxicados que se atendieron en hospitales de la ahora Ciudad de México, fueron causa directa de la ingesta de alcohol. Además, la cirrosis representaba el noveno lugar en causas de muerte con un porcentaje de 20 fallecimientos por cada 100 mil habitantes.⁵⁶

Asimismo, en 1981, la entonces Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) creó el “Programa Nacional de Prevención de Accidentes”, en donde dio cuenta de que el alcohol representa una de las principales causas de muerte por accidentes de transportes motorizados.⁵⁷

En estudios más recientes, se puede observar que el consumo de manera crónica del alcohol, representa la causa de 3.3 millones de muertes en todo el planeta; es decir, 5.9 por ciento del gran total. En cuestión de género 7.6 por ciento corresponde a los varones y 4 por ciento a mujeres. Además la cirrosis hepática es factor de invalidez con 5.1 por ciento. Por lo tanto, el alcohol es un factor de riesgo que va desde 20 por ciento a 50 por ciento de todos los casos identificados con cirrosis hepática a nivel global. De hecho, en el año 2010, la cirrosis hepática vinculada al alcohol, representó 47.9 por ciento de las muertes.⁵⁸

En nuestro país, la cirrosis del hígado representa la cuarta causa de mortalidad; es decir, 5.6 por ciento, además de ser una de los principales factores de años perdidos en relación a la vida saludable (Avisa). De igual forma, el uso nocivo de alcohol, está vinculado a más de 60 tipos de enfermedades, así como a suicidio, violencia, accidentes auto-

⁵⁵ *Idem.*

⁵⁶ *Idem.*

⁵⁷ *Idem.*

⁵⁸ Mónica Marcela Gaviria, *et al.*, “Alcohol, cirrosis y predisposición genética”, en *Revista Colombiana de Gastroenterología*, Colombia, 2016.

movilísticos, traumatismos, problemas culturales y sociales, abuso de menores, pérdida de empleo, abandono de escuela, entre otros.⁵⁹

Alcohólicos Anónimos

Una de las organizaciones fundamentales que se han encargado de atender la enfermedad del alcoholismo en México es Alcohólicos Anónimo” (AA), la cual surgió en Akron, Estados Unidos, el 10 de junio de 1935, después de que Bill Wilson y el doctor Robert H. Smith se reunieran para platicar sobre sus problemas con la bebida. En nuestro país AA tiene sus inicios en la década de 1940, sobre todo gracias a la influencia de los inmigrantes mexicanos en Estados Unidos, y su retorno a casa en periodos vacacionales o por estancia definitiva, luego de juntar los recursos suficientes para poder vivir de mejor manera en su país, así como también por estadounidenses que visitaban nuestro país.⁶⁰

De hecho, el primer grupo de AA se estableció en 1946 en la Ciudad de México, y estaba constituido por ciudadanos estadounidenses, los cuales emigraron a nuestro país al terminar la segunda guerra mundial. En este mismo grupo, comenzaron a agregarse mexicanos, los cuales con posterioridad formaron grupos en español.⁶¹

Estos grupos, tuvieron una gran emergencia dentro de los años de 1974 a 1981, ya que aproximadamente, emergía un grupo AA por día, registrado en la central mexicana.⁶² Esta central mexicana, representa la segunda estructura de servicio a nivel mundial, siendo a su vez integrante de los Servicios Mundiales de AA.

La primera junta de información pública por parte de AA se llevó a cabo el 18 de septiembre de 1946 en el Teatro del Pueblo de la Ciudad de México.⁶³

⁵⁹ CONADIC, 2011.

⁶⁰ Haydée Rosovsky, *Alcohólicos Anónimos en México: fragmentación y fortalezas. Saberes y razones*, Ciesas, 2009.

⁶¹ *Idem.*

⁶² *Idem.*

⁶³ Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos, *Preguntas que se hacen frecuentemente, referentes a la historia de Alcohólicos Anónimos*, México, 2012, disponible en: http://www.aamexico.org.mx/archivo_faq.html

Para 1969, se llevó a cabo la primera asamblea mexicana de AA, la cual contó con la participación de 22 representantes que venían de 21 estados de la Nación y que tuvo como meta la creación de la Oficina de Servicios Generales de dicha agrupación, la cual se fundó el 9 de diciembre de 1969.⁶⁴

Desde 1974 hasta 1981 hubo una emergencia, en promedio, de un grupo AA por día registrado en la Central Mexicana. Sin embargo es importante mencionar que el número de grupos AA es incierto, ya que muchos de ellos no se encuentran oficialmente registrados, para darse una idea, existen “aproximadamente 2 mil centros de ayuda mutua con registro, pero existen unos 14 mil que se manejan bajo este programa sin estar registrados”.⁶⁵

Es importante mencionar que varios grupos han surgido a raíz de la inspiración de Alcohólicos Anónimos, ejemplo claro es el de Drogadictos Anónimos (DA), el cual fue pensado en 1982, cuando se celebraba el Segundo Congreso Internacional de los grupos de 24 horas de AA, y ante la preocupación de algunas madres de familia que se preguntaban por el problema de la utilización de otras drogas, fuera del alcohol, por parte de sus hijos. DA surgió en 1983, para rehabilitar a personas con problemas de drogadicción de manera gratuita y voluntaria, bajo el programa de los 12 pasos. En la actualidad se cuenta con 33 unidades de DA, alrededor de la República.⁶⁶

Centros de Integración Juvenil

En México, desde finales de los años sesenta se comenzaron a desarrollar acciones para la atención de los problemas de salud vinculados con el uso, abuso y dependencia del tabaco, alcohol y otras drogas. En estas acciones han participado instituciones gubernamentales, de los tres órdenes de gobierno, así como instituciones y organismos correspondientes a la sociedad civil.⁶⁷

⁶⁴ *Idem.*

⁶⁵ Rosovsky, *op. cit.*

⁶⁶ Drogadictos Anónimos, *Reseña de Drogadictos Anónimos A.C.*, México, 2016, disponible en: <http://www.drogadictosanonimos.org/resena.html>

⁶⁷ PAE, 2015.

A finales de la década de los años sesenta, surgieron los Centros de Integración Juvenil (CIJ), constituidos como asociaciones civiles y cuyos principales objetivos son otorgar servicios de prevención, tratamiento y rehabilitación de la ingesta de drogas legales e ilegales, la colaboración con organismos similares, así como la capacitación que generará en una óptima educación y desarrollo profesional para la prevención, tratamiento y rehabilitación del consumo de drogas legales e ilegales en la población. En la actualidad, existen 116 unidades que se encuentran en todo el país, y cuentan con un equipo multidisciplinario, constituido por 1,325 profesionales, además de 7 mil voluntarios.⁶⁸

Instituto Nacional de Psiquiatría

De igual forma, mediante decreto publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el 6 de febrero de 1975, se creó el Centro de Estudios en Farmacodependencia (Cemef), con domicilio en la Ciudad de México, cuyas funciones fueron asumidas con posterioridad por el Centro Mexicano de Salud Mental, mismo que fue creado mediante Decreto publicado en el *Diario Oficial de la Federación* en 1978, el cual a pesar de no tener dentro de sus objetivos la creación de políticas y la injerencia en cuestiones de normatividad, tomó en cuenta dentro de sus investigaciones a las adicciones, así como a la salud mental. Este centro daría origen al Instituto Mexicano de Psiquiatría, convertido actualmente en el Instituto Nacional de Psiquiatría “Dr. Ramón de la Fuente Muñiz”, el cual, desde su origen, ha tomado en cuenta a las adicciones como un problema que puede ser estudiado epidemiológicamente y psicosocialmente, por lo cual han llevado a cabo grandes investigaciones metodológicas en el ámbito.⁶⁹

Para 1988, el Instituto Mexicano de Psiquiatría, la Dirección de Vigilancia Epidemiológica y el Consejo Nacional contra las Adicciones, realizaron la primera Encuesta Nacional de Adicciones (ENA), la cual en

⁶⁸ Centros de Integración Juvenil, *Red de Atención*, México, 2016, disponible en: www.cij.gob.mx/RedAtencion/redatencion.html

⁶⁹ PAE, 2015.

la actualidad lleva seis ediciones: 1988, 1993, 1998, 2002, 2008, 2011 y se encuentra en proceso la séptima. Con estas encuestas se ha logrado obtener información clave para observar la magnitud y evolución del consumo de drogas legales e ilegales en nuestro país y así tomar las medidas necesarias en relación a la prevención y atención de las mismas.⁷⁰

Asimismo, desde 1976, se han realizado en la Ciudad de México encuestas de estudiantes de nivel medio y superior y desde el año 2000 se han llevado a cabo en diferentes partes del país.⁷¹

De igual forma, con esta información generada por las encuestas, así como por la información generada de la situación adictiva en todo el país, en relación con la oferta y la demanda, información proveniente del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (Sisvea), de los Consejos Estatales Contra las Adicciones (CECA), de las Unidades Médicas Especializadas-Centros de Atención Primaria en Adicciones (UNEME-CAPA), de los Centros de Integración Juvenil (CIJ), entre otras fuentes, el Observatorio Mexicano de Tabaco, Alcohol y Otras Drogas (Omextad) ha hecho una labor remarcable en cuestiones de salud pública y adicciones del país.⁷²

*Programa de Atención
de la Farmacodependencia*

Ante la ausencia de instituciones encargadas de prevenir el consumo de drogas en México, desde el inicio de la administración del presidente Miguel de la Madrid Hurtado, se concibió un importante proyecto: el Programa de Atención de la Farmacodependencia (Adefar) de la Procuraduría General de la República (PGR). Esta procuraduría, bajo el mando de Sergio García Ramírez, instruyó al autor del presente texto para crear un programa de reducción de la demanda de sustancias, basándose en que para enfrentar un problema de características de múltiples causas como los de la farmacodependencia, sólo podía hacerse a través de la participación de los distintos sectores sociales, informando

⁷⁰ *Idem.*

⁷¹ Encode, 2014.

⁷² PAE, 2015.

a la población para que se involucrara de manera activa en la protección de las nuevas generaciones.⁷³

En materia de farmacodependencia, la Procuraduría promovió ampliamente el Programa Adefar. Su instrumentación involucró a los gobiernos Federal, Estatales y Municipales, propiciando la concertación de acciones con los diversos sectores de la sociedad, así como una destacada campaña a través de los medios masivos de comunicación, para desalentar el consumo de drogas.⁷⁴

Tanto los Comités, como las Unidades Adefar en todo el país, se encaminaron a la organización de actividades culturales, recreativas y deportivas en desaliento al uso indebido de drogas, además de recibir informes confidenciales de la población sobre posibles delitos contra la salud, producción, tráfico y comercialización ilícita de drogas. Se crearon más de mil comités y cerca de 25 mil unidades.⁷⁵

PRIMER PROGRAMA Y CONSEJO NACIONAL CONTRA LAS ADICCIONES

Adefar sirvió como el referente de los consecuentes programas e instituciones creados para la atención de las adicciones en nuestro país. Tanto la estructura de manejo de programas nacionales, estatales y municipales, como los objetivos institucionales desarrollados en Adefar sentaron las bases para el diseño de la oficina nacional en la materia: Consejo Nacional contra las Adicciones.

En 1984, en el marco de la Ley General de Salud, se reconoció el problema de la adicción por primera vez como un asunto de salubridad general y dentro del Programa Nacional de Salud 1983-1988 se generó el primer Programa contra las Adicciones. A raíz de esto, en 1986, por decreto presidencial, y bajo la coordinación de la Secretaría de Salud (ss), se creó el Consejo Nacional contra las Adicciones, integrado por

⁷³ L. Beltrán, *et al.*, *Liber Ad Honorem. Sergio García Ramírez*, Instituto de Investigaciones Jurídicas-UNAM, México, 1998, disponible en: <http://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/1/116/6.pdf>

⁷⁴ *Idem.*

⁷⁵ PGR, 1988, periodo del presidente Carlos Salinas de Gortari, México, disponible en: <http://www.pgr.gob.mx/que-es-la-pgr/Documents/XVI.pdf>

diversas dependencias e instituciones del sector público, privado y social, cuyo objeto estaba relacionado con la temática de las adicciones. En el año 2000, con la expedición de un nuevo Reglamento del Consejo Nacional contra las Adicciones, se creó la figura del Comisionado de dicho consejo, con importantes facultades para formular y proponer, políticas, estrategias y programas en materia de adicciones, con una estructura para el desarrollo de sus actividades.

Además para fortalecer el marco normativo, en el año de 1999 se desarrolló la Norma Oficial Mexicana 028 para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones. La norma se aplica en todo el país a los prestadores de servicios públicos, sociales y privados que lleven a cabo acciones de prevención, tratamiento, rehabilitación, prevención de recaídas, investigación, capacitación y enseñanza. Además tiene como objetivo, el instaurar procedimientos y criterios para que exista un servicio integral de atención a las adicciones en nuestro país.⁷⁶

En el periodo 2011-2012, se establece el Centro Nacional para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones (Cenadic), con un nivel de Dirección General, posteriormente en el año 2016 se expide el decreto por el que se modifica la denominación, objeto, organización y funcionamiento del órgano desconcentrado Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones, para transformarse en la Comisión Nacional contra las Adicciones, órgano administrativo desconcentrado de la Secretaría de Salud, con la fusión estructural de la Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC) y el Cenadic, queda al mando único el comisionado nacional contra las adicciones. Este nuevo órgano tiene a su cargo el Programa de Acción Específico: Prevención y Atención Integral de las Adicciones 2013-2018.⁷⁷

Durante el periodo 2007-2012, se comienza la construcción de la Red Nacional de Unidades Médicas Especializadas-Centros de Atención Primaria en Adicciones (UNEME-CAPA), las cuales se encuentran

⁷⁶ Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC, 2009), Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA-2-2009 Para la Prevención Tratamiento y Control de Adicciones, México, 2009.

⁷⁷ PAE, 2015.

ubicadas en zonas estratégicas de alto riesgo, para beneficiar a esta población vulnerable.⁷⁸

Por su parte, la Fundación Gonzalo Río Arronte y la participación de la Facultad de Psicología de la UNAM, han sido un gran apoyo, en materia de educación y salud, ya que conformaron la Especialidad en Promoción de la Salud y Prevención del Comportamiento Adictivo, con una modalidad a distancia, la cual estuvo enfocada en más de 800 profesionales de la salud en México.⁷⁹

Consejos Estatales contra las Adicciones

Durante la década de los noventas, se formaron los Servicios Estatales de Salud (Sesa), los cuales se encargan de la implementación y seguimiento del Programa de Atención Integral de las Adicciones. Para lograr esto, tienen a su disposición, un área llamada Consejo Estatal Contra las Adicciones (CECA), la cual a su vez tiene a su mando la coordinación técnica, así como el control integral de la operación de este Programa. Algunas acciones que llevan a cabo los CECA son de capacitación, de atención primaria en adicciones, de vigilancia para que el Sistema de información de los Consejos Estatales Contra las Adicciones (Siseca) funcione de la manera correcta, así como la vigilancia del Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Adicciones (Sisvea), de evaluación, ya que cada tres meses se revisa a nivel estatal, jurisdiccional y por CAPA el desarrollo y avance de programas, de apoyo a la CONADIC, de supervisión a los establecimientos en adicciones para su reconocimiento y ratificación, así como la clausura de los mismos, entre otras acciones.⁸⁰

⁷⁸ *Idem.*

⁷⁹ *Idem.*

⁸⁰ *Diario Oficial de la Federación*, Decreto por el que se modifica la denominación, objeto, organización y funcionamiento del órgano desconcentrado Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones, para transformarse en la Comisión Nacional contra las Adicciones como un órgano administrativo desconcentrado de la Secretaría de Salud, México, 20 de julio de 2016.

*La Comisión Nacional contra
las Adicciones en la actualidad*

La CONADIC es el máximo órgano rector en la materia.⁸¹ Algunas de sus atribuciones son proponer a las diferentes dependencias y entidades de la Administración Pública Federal los programas, las políticas y las estrategias correspondientes, supervisar, coordinar y evaluar las acciones establecidas, proponer y promover vínculos a nivel federal, estatal y municipal en materia de adicciones, hacer recomendaciones a los establecimientos de prevención y tratamiento de las adicciones, colaborar en relaciones internacionales para dar seguimiento a los acuerdos generados, contar con un sistema estadístico a nivel nacional e internacional y divulgar los resultados generados, entre otras.⁸²

En el periodo actual de gobierno, la CONADIC es el órgano encargado de la prevención, tratamiento, normatividad e investigación de las adicciones, vinculando siempre, a las instituciones públicas y privadas, así como a los tres órdenes de gobierno.⁸³

Desde 2007, el gobierno federal desarrolló una amplia red de servicios dirigidos a la prevención de adicciones en México y la CONADIC ha sido eje rector de los mismos. En la actualidad existen 340 UNEME-CAPA (Red de Unidades Médicas de Alta Especialidad, Centros de Atención Primaria de las Adicciones) los cuales se encuentran ubicados de manera estratégica en 251 municipios, cubriendo así grandes prioridades en las 32 entidades federativas.⁸⁴

Además de las unidades de la Red UNEME-CAPA, también se cuenta con el apoyo de las más de 116 unidades operativas de los Centros de Integración Juvenil, A.C., y los más de 14 mil grupos de ayuda, así como diferentes organizaciones sociales, públicas y privadas que brindan servicios preventivos, generando una gran coordinación en materia de adicciones.⁸⁵

⁸¹ PAE, 2015.

⁸² DOF, 2016.

⁸³ PAE, 2015.

⁸⁴ *Idem.*

⁸⁵ *Idem.*

En la actualidad la Comisión Nacional Contra las Adicciones es un órgano desconcentrado que cuenta con un Consejo Interno, el cual es un órgano auxiliar de consulta y opinión. El Comisionado es nombrado por el Presidente de la República, a propuesta del Secretario de Salud, y cuenta con los servidores públicos que determine su Reglamento Interno.⁸⁶

La CONADIC, tiene entre sus atribuciones proponer al Secretario de Salud las políticas, estrategias, programas para la prevención, tratamiento y control de las adicciones y hacer que éstos logren sus objetivos, siempre bajo la aprobación del Secretario; crear modelos de organización para coordinar y supervisar los servicios de prevención y atención de las adicciones; inducir la incorporación de intervenciones relacionadas con la prevención y tratamiento de adicciones en el Catálogo Universal de Servicios de Salud del Sistema de Protección Social en Salud, en el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos y en las intervenciones cubiertas por los sistemas de seguridad social, supervisar las adicciones emergentes que se consideren un problema de salud pública.⁸⁷

Asimismo, corresponde a la CONADIC proponer a las diversas entidades y dependencias de la Administración Pública Federal los programas, políticas y estrategias que se desarrollen; ser enlace entre la Administración Pública Federal y las entidades federativas que manejen cuestiones de adicción; verificar que se cumplan las acciones establecidas en los programas de adicciones; coordinar la Red Nacional de Atención a las Adicciones; gestionar recursos ante las instancias de los diferentes sectores; generar elementos a las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal para la definición e instrumentación de las estrategias y contenidos técnicos; emitir lineamientos y procedimientos de organización, programación y presupuesto, en vinculación con los programas a su cargo; colaborar en la operación del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica; generar un sistema estadístico nacional e internacional sobre adicciones; operar y mantener un observatorio de adicciones que maneje la información de las instituciones en

⁸⁶ DOF, 2016.

⁸⁷ *Idem*.

los tres órdenes de gobierno y, finalmente, las que se le otorguen en otras disposiciones jurídicas.⁸⁸

En materia normativa, corresponde a la CONADIC, normar y conducir el proceso de evaluación del desempeño de los sistemas nacionales y estatales de salud en lo referente a la materia de prevención y el control de las adicciones y, en su caso, analizar y proponer alternativas, en el ámbito de su competencia; promover mecanismos para la coordinación, concertación, cooperación y participación, de los sectores público, tanto federal como local, social y privado, así como de organizaciones nacionales e internacionales y, en general, de la comunidad, en las acciones de prevención y el control de las adicciones incluyendo aquellas en materia de intercambio técnico y académico y de investigación dirigidas a identificar los factores que coadyuvan a la prevalencia de las adicciones, así como para evaluar la eficiencia de las medidas terapéuticas y rehabilitatorias aplicadas a los adictos; proponer, al Consejo Nacional contra las Adicciones, criterios para poder evaluar programas contra las adicciones; elaborar propuestas a las reformas legales en materia de producción, comercialización y consumo de bebidas alcohólicas, tabaco y otras sustancias psicoactivas; la creación de proyectos de normas oficiales mexicanas en materia de prevención, consejería, tratamiento y control de las adicciones; imponer sanciones y aplicar medidas de seguridad en el ámbito de su competencia; presentar denuncias ante las autoridades competentes, en caso de que se detecten situaciones ilícitas o irregulares durante el desarrollo de sus atribuciones; determinar y administrar la aplicación que se dará a los recursos provenientes de la enajenación de bienes decomisados en procedimientos penales federales que, de conformidad con las disposiciones aplicables, se asignen a la Secretaría de Salud para la prevención y tratamiento de las adicciones.⁸⁹

Finalmente, para complementar este apartado, conviene destacar la cooperación internacional con la que cuenta nuestro país, ya que la CONADIC está vinculada estrechamente a varias instituciones y redes internacionales. También forma parte cada año de la delegación mexicana y representante de la sociedad civil, en sesiones ordinarias y también

⁸⁸ *Idem.*

⁸⁹ *Idem.*

de alto nivel de la Comisión de Estupefacientes (CE) organizada por la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD). A continuación se enlistan las instancias y convenciones con las que CONADIC participa:

- Grupo de Cooperación para Combatir el Uso Indebido y el Tráfico Ilícito de Drogas (Grupo Pompidou) del Consejo de Europa.
- La Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas de la Organización de Estados Americanos (CICAD/OAS).
- Red Iberoamericana de Organizaciones No Gubernamentales que trabajan en Drogodependencias (RIOD).
- Federación Mundial de Comunidades Terapéuticas (WFTC).
- Miembro de la mesa directiva de la Federación Mundial contra las Drogas (WFAD), representante mexicano en la sección de Norteamérica y representante de América Latina.
- Comité de Estupefacientes de las ONG en Viena (VNGOC).
- Convención Única sobre Estupefacientes (1961), enmendada por el Protocolo de 1972.
- Convención sobre Sustancias Psicotrópicas (1971).
- Convención Contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas (1988).
- Convenio Marco para el Control del Tabaco (2003).
- Estrategia Mundial para la Reducción del Uso Nocivo de Alcohol (EMRUNA), (2010).

Todas estas instituciones, a lo largo de estas últimas cuatro décadas, han implementado acciones para poder atender las situaciones generadas por el uso, abuso y dependencia a drogas legales, como el alcohol y el tabaco, e ilegales, generando un esfuerzo importante para la prevención, control, tratamiento y rehabilitación, resulta un eje central en las políticas públicas del país, contribuyendo con ello al desarrollo de la vida nacional.⁹⁰

⁹⁰ PAE, 2015.

CONCLUSIÓN

La grave situación que generan las sustancias psicoactivas legales e ilegales constituye un problema de salud pública en nuestro país, por lo que desde hace más de 40 años se ha ido conformando una sólida estructura de esfuerzos por parte de instituciones públicas y privadas, así como de diferentes organismos y personas que han trabajado en conjunto para la lucha en contra de las adicciones, basándose siempre en un consistente marco jurídico, a su vez basado en una normativa internacional, que regula el consumo de dichas sustancias y, en algunos casos su prohibición comercialización, así como la prevención, tratamiento y rehabilitación de las adicciones.

Este marco jurídico tiene como base el artículo 4o. constitucional, el cual establece el derecho fundamental que tenemos todos los mexicanos a la protección de la salud, del cual se derivan diversas leyes generales, planes nacionales de desarrollo, reglamentos, convenios y normas, que generan acciones de prevención, control, tratamiento y rehabilitación en materia de adicciones.

De los esfuerzos por prevenir los daños que producen las sustancias psicoactivas, la creación de la Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC) ha sido de gran importancia para el impulso e implementación de las políticas públicas para la atención de las adicciones en el país, lo cual, sin duda, contribuirá al desarrollo nacional.

FUENTES CONSULTADAS

Bibliográficas

- BARRIGUETE CASTELLÓN, Armando, *Lo que el vino se llevó (psicodinamia del alcoholismo)*, México, Diana, 1996.
- Comisión Nacional Contra las Adicciones, *El uso médico del cannabis ¿tiene sustento científico?*, México, 2014.
- ESCOHOTADO, Antonio, *Historia general de las drogas*, Madrid, Espasa, 2000.
- MOLINA PIÑEIRO, Valentín; Román, Carlos; Berruecos, Luis, y Sánchez, Luis, *El alcoholismo en México, III. Memorias del Seminario de análisis*, México, Sociedad Mexicana de Geografía y Estadística, 1983.

- RIVERA, Leopoldo, *Antes de los acuerdos internacionales, las leyes de la cannabis en México 1545-1925*, 2014, Cuadernos del Colectivo por una Política Integral hacia las Drogas (Cupihd) 7.
- ROSOVSKY, Haydée, *Alcohólicos Anónimos en México: fragmentación y fortalezas. Saberes y razones*, Ciesas, 2009.
- Secretaría de Salud, *Programa de Acción Específico, Prevención y Atención Integral de las Adicciones, Programa Sectorial de Salud 2007-2012*, México.
- , *Programa de Acción Específico, Prevención y Atención Integral de las Adicciones, Programa Sectorial de Salud 2013-2018*, México.
- , *Conduce sin Alcohol. Programa Nacional, México Sano*, 2015.
- VELASCO, Rafael, *Esa enfermedad llamada alcoholismo*, México, Trillas, 1981.
- VILLATORO VELÁZQUEZ, Jorge Ameth, *et al.*, *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes 2014. Reporte de Drogas*, Encode 2014, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Comisión Nacional contra las Adicciones, Secretaría de Salud, México, 2015.

Audiovisuales

- MANN, Mann, *El dilema (The Insider)*, Estados Unidos, Spyglass Entertainment, 1999.
- CORTES, Fernando, *Viaje a la luna*, México, Brooks y Enríquez, 1958.
- COLLOT, Nadia, *The Tobacco Conspiracy*, Montreal, PQ, National Film Board of Canada, 2005.

Hemerográficas

- BARRIENTOS GUTIERREZ, Inti, *et al.*, “Comparison of tobacco and alcohol use in films produced in Europe, Latin America, and the United States”, en *Public Health*, 2015.
- CARRANCÁ Y TRUJILLO, Raúl, “Martínez de Castro y el Código Penal de 1871”, en *Revista del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM*, 1942.
- Diario Oficial de la Federación*, Decreto por el que se modifica la denominación, objeto, organización y funcionamiento del órgano desconcentrado Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones, para transformarse en la Comisión Nacional contra las Adicciones como un órgano administrativo desconcentrado de la Secretaría de Salud, México, 20 de julio de 2016.

GAVIRIA, Mónica Marcela, *et al.*, “Alcohol, cirrosis y predisposición genética”, en *Revista Colombiana de Gastroenterología*, Colombia, 2016.

Electrónicas

BELTRÁN L., *et al.*, *Liber Ad Honorem. Sergio García Ramírez*, México, Instituto de Investigaciones Jurídicas, 1998, disponible en: <http://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/1/116/6.pdf>

BURKHOLDER, Arno, *Porque le falta, porque no tiene, marihuana que fumar*, México, 2011, disponible en: <http://www.artesehistoria.mx/blog/index.php/component/k2/itemlist/category/8-blogs?start=896>

Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos, *Preguntas que se hacen frecuentemente, referentes a la historia de Alcohólicos Anónimos*, México, 2012, disponible en: http://www.aamexico.org.mx/archivo_faq.html

Centros de Integración Juvenil, *Red de Atención*, México, 2016, disponible en: www.cij.gob.mx/RedAtencion/redatencion.html

Comisión Nacional Contra las Adicciones, *Programa contra el alcoholismo y el abuso de bebidas alcohólicas*, México, 2011-2012, disponible en: http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/publicaciones/abuso_de_bebidas.pdf

Comisión Nacional Contra las Adicciones, *Informe ejecutivo. Análisis del consumo de sustancias en México*, México, 2014, disponible en: http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/informe_alcohol.pdf

Drogadictos Anónimos, *Reseña de Drogadictos Anónimos A.C.*, México, 2016, disponible en: <http://www.drogadictosanonimos.org/resena.html>

GARCÍA DE LOERA, Alejandra, “Breve aproximación histórica sobre la prohibición de las drogas en México”, en *Clio al desnudo*, México, 2016, disponible en: <http://pagina24.com.mx/2016/07/12/clio-al-desnudo/>

Hospital Universitario de Salamanca, *Cine y tabaco Espirales de humo: los cigarrillos en la pantalla del cinematógrafo*, España, 2016, disponible en: <http://www.nofumadores.org/documentos/Cineytabaco.pdf>

Hipertextual (2016), El estado de la legalización de la marihuana en México, México, disponible en: <https://hipertextual.com/2016/04/legalizacion-de-la-marihuana-en-mexico>

Internet Movie Database (2016), disponible en: <http://www.imdb.com/>

Programa Anual de Evaluación, 2015, http://www.coneval.org.mx/Informes/Normateca/PAE_2015.pdf

- PGR, 1988, periodo del presidente Carlos Salinas de Gortari, México, disponible en: <http://www.pgr.gob.mx/que-es-la-pgr/Documents/XVI.pdf>
- UNAM, Archivos Jurídicos, Sergio García Ramírez Procurador General de la República, México, 2016, disponible en: <http://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/1/116/6.pdf>
- VARGAS, Hugo, “De cómo se prohibieron las drogas en México”, 2013, en “Confabulario”, *El Universal*, disponible en: <http://confabulario.eluniversal.com.mx/de-como-se-prohibieron-las-drogas-en-mexico/>
- VILLATORO VELÁZQUEZ, Jorge Ameth, *et al.*, *Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Drogas*, ENA 2011, México, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública; Secretaría de Salud, 2012, disponible en: www.inprf.gob.mx, www.conadic.gob.mx, www.cenadic.salud.gob.mx, www.insp.mx

Leyes, códigos y reglamentos

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, México, Congreso de la Unión, 1917.
- Ley General de Salud, México, Congreso de la Unión, 1984.
- Ley General para el Control del Tabaco, México, Congreso de la Unión, 2008.
- Ley de protección a la salud de los no fumadores en el Distrito Federal, Asamblea Legislativa del Distrito Federal, México, 2004.
- Norma Oficial Mexicana Nom-028-SSA-2-2009 Para la Prevención Tratamiento y Control de Adicciones, Comisión Nacional contra las Adicciones, México, 2009.

