

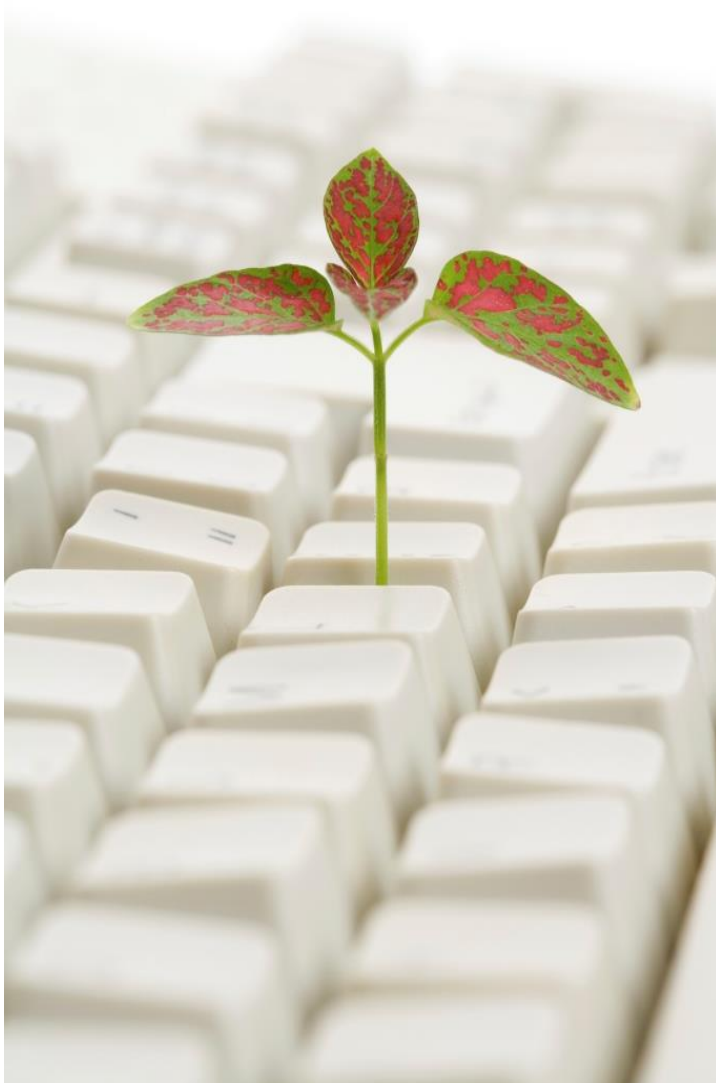
El Enfoque de Salud Pública en las Políticas sobre Drogas



Organización de los Estados Americanos



Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas



Tema N° 1:

Política sobre Drogas y Salud Pública, un enfoque integral

Dra. María Elena Medina-Mora Icaza



This project is funded by the European Union



This project is funded by
the European Union



Dra. María Elena Medina-Mora Icaza

Profesora de las Facultades de Psicología y Medicina

Universidad Nacional Autónoma de México

Directora del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, México

Centro Colaborador de la Organización Panamericana de la Salud /

Organización Mundial de la Salud

medinam@imp.edu.mx



This project is funded by
the European Union

ÍNDICE

1. Resumen y palabras clave.....	4
2. Lectura inicial.....	6
3. Desarrollo del tema.....	7
4. Futuro/Avances de la evidencia en este campo.....	28
5. Lecturas recomendadas	29
6. Bibliografía para el estudiante.....	30



This project is funded by
the European Union

1. Resumen y palabras clave

1.1 Resumen

Este seminario tiene como propósito introducir la perspectiva de la *Salud Pública* como eje de la política en drogas. De acuerdo con Frenk (1995, 2016), como saber y como práctica social, la *Salud Pública* tiene dos objetivos estudiar las condiciones de salud de las poblaciones y la respuesta social organizada, en particular, la forma como se estructura en el sistema de salud.

Su *plataforma conceptual* es multidisciplinaria, incorpora a las ciencias biológicas, las ciencias sociales y de la conducta, y con ello toma de los modelos biomédicos, psicosociales y socioculturales y de la investigación en sistemas de salud, los elementos para construir su modelo bio-psico-socio-cultural.

Define su objetivo como el de preservar la salud de la población y mejorar su calidad de vida a través de cambiar el medio ambiente y la conducta individual. Su último fin es el *bienestar* de las comunidades.

Cuenta con estrategias para identificar las necesidades de salud de una población y sus determinantes y transformar la información en acciones orientadas a lograr el bienestar físico, mental y social de la población y en políticas públicas.

Sus vehículos son la promoción de la salud, la protección de la salud (a través de medidas normativas), la prevención de la enfermedad, la atención curativa, la operación de los servicios de salud y el monitoreo de las políticas públicas.

El nuevo paradigma pretende sustituir al enfoque punitivo cuya meta son el decomiso de drogas y la detención de las personas, por indicadores de bienestar de las comunidades. Desde su *plataforma de investigación* puede:

- Conocer las necesidades de salud de la población y la manera en que se atiende, el impacto de las medidas de promoción de la salud, preventivas y curativas, y los desenlaces de las políticas, incluyendo sus costos, eficacia, eficiencia y consecuencias no deseadas, y por tanto también recomendar los cambios en las políticas que lleven al bienestar.
- Analizar los patrones de consumo, cuáles formas de uso se asocian con problemas y qué proporción enferma, entiende que la cárcel no es la solución.
- Reconocer diferencias entre tipos de sustancias en cuanto a su riesgo para impactar negativamente en el bienestar de la persona que usa y de terceros afectados, por tanto puede recomendar diferencias en la regulación y en las consecuencias de su incumplimiento.



This project is funded by
the European Union

- Analizar cómo se estructura el sistema de salud para dar respuesta a la atención preventiva y curativa.
- Monitorear las políticas en torno al tema, sus beneficios y consecuencias no buscadas y modificarlas a fin de asegurar que no sobrepasan sus beneficios ni los daños causados por las sustancias.

La aplicación de este campo de conocimiento a las drogas y en particular a la política en torno a este tema, abre importantes oportunidades de cambio, pero también retos a enfrentar. El texto hace un recorrido por las oportunidades y los retos en su aplicación para la construcción de una política de drogas.

1.2 Palabras clave

Salud Pública. Enfoques; Drogas; patrón de consumo; consecuencias; Herramientas. Programas: promoción de la salud, prevención, tratamiento; sistema de salud; y políticas.



This project is funded by
the European Union

2. Lectura inicial

La política de drogas y el bien público, capítulos 1 y sección V. (Babor, T., y otros, 2010),

Este libro trata de una manera integral la política de drogas en el mundo, introduce un panorama conceptual de las formas en que se puede entender el problema de las drogas ilegales desde una perspectiva de salud pública. Describen la dimensión internacional del uso de drogas desde la epidemiología y desde los mercados de las drogas. Ofrece un análisis de los métodos de investigación y su potencial para producir resultados confiables como preámbulo a la evidencia del impacto de las medidas de protección a la salud, prevención y tratamiento, indicando de cuáles se tiene evidencia de su eficacia en escenarios transculturales. Analiza estrategias como programas de prevención en las escuelas, medidas para controlar la oferta de drogas, sanciones penales aplicadas a los usuarios y traficantes de drogas, servicios sociales, de salud y de rehabilitación para los consumidores excesivos y formas de prevenir la desviación de drogas de venta con receta a usos ilícitos.

La cuarta sección se enfoca en la historia, la función y efectividad de los tratados internacionales de fiscalización de drogas; la naturaleza y consecuencias de las variaciones de las políticas de drogas entre los países; y cómo pueden organizarse la rehabilitación y los servicios de salud y sociales para los usuarios de drogas para impactar las tasas de problemas en la población. La última sección resume los principales temas del libro y formula conclusiones acerca de las repercusiones de diversas opciones de la política de drogas.

El libro puede usarse como guía de referencia en el curso, para este primer tema se recomienda revisar el capítulo 1 que introduce al tema y la sección V que contiene una síntesis de las políticas y sus evidencias.

Puede bajarse de:

http://www.cicad.oas.org/fortalecimiento_institucional/planesNacionales/docs/La%20politica%20de%20drogas%20y%20el%20bien%20publico.pdf



This project is funded by
the European Union

3. Desarrollo del tema

3.1 Antecedentes

En este inciso revisamos la postura de Naciones Unidas, de la Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud (OMS/OPS) y de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD/OEA) en relación con la adopción del enfoque de *Salud Pública* para abordar el problema mundial de drogas.

La Organización Panamericana de la Salud estableció en 2010 un acuerdo para una estrategia en *Salud Pública* de la región (OPS, 2010) y expertos de la Organización plantearon los principios de este enfoque (Alfonzo, 2014):

En 2016 la OPS (2016) reiteró su convencimiento de usar la evidencia científica disponible como base para la formulación de las políticas relativas al uso de sustancias psicoactivas. En un evento paralelo al 550 Consejo Directivo de la OPS, la Directora reconoció el cambio de enfoque punitivo y represivo hacia políticas equilibradas e integrales con relieve en aspectos de la *salud pública* y con intervenciones basadas en la evidencia científica centradas en las personas en lugar de en las sustancias.

La Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (Insulza, CICAD/OEA, 2010) adoptó la Estrategia Hemisférica sobre drogas que fue aprobada por la Asamblea General, en ella propuso un enfoque de *Salud Pública* y planteó la despenalización del consumo como su base.

En 2016, la Asamblea General de Naciones Unidas auspició una Sesión Especial de Drogas (UNGASS, 2016) en la que se discutieron nuevas perspectivas para atender el tema de drogas. En ella se reconoció que como parte de una aproximación integrada y balanceada para enfrentar efectivamente el problema mundial de drogas, el énfasis debería ponerse en los individuos, en las comunidades y en las sociedades con la visión de promover y proteger la salud, la seguridad y el *bienestar* de toda la humanidad. Se reconoció también la necesidad de asegurar una perspectiva de género y edad en las políticas y programas relacionados con drogas.

La Declaración Informal de la Red de Científicos durante la Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre Drogas (UNGASS 2016b), recomendó atender el problema desde una perspectiva de *Salud Pública* e incorporar las estrategias que han mostrado ser efectivas en la reducción de las consecuencias negativas asociadas con el uso de drogas.

Como último antecedente menciono el Programa de Naciones Unidas de Desarrollo Sostenible (UN, 2016c), en el que la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias incluyendo el abuso de narcóticos y el uso nocivo de alcohol fueron incluidos como parte de la meta 3: “Garantizar una



This project is funded by
the European Union

vida sana y promover el *bienestar* para todos en todas las edades” con dos incisos: Cobertura de las intervenciones terapéuticas (farmacológicas, psicosociales y de rehabilitación y pos tratamiento) para los trastornos relacionados con el uso de sustancias y la atención al uso nocivo del alcohol.

Estos antecedentes plantean un nuevo paradigma para atender el problema de las drogas desde un enfoque de *Salud Pública* con el *bienestar* de las comunidades y de las personas, como su centro.

En el desarrollo del tema analizamos sus implicaciones en el abordaje del uso de sustancias psicoactivas y sus consecuencias, más allá de la dicotomía “reducción de la oferta y reducción de la demanda”. Discutimos la importancia de los enfoques bio-medico, psicosocial y socio-cultural en la concepción de políticas sobre drogas

3.2 El problema que enfrentamos

El modelo de Salud Pública plantea como primer paso conocer la naturaleza del problema que se pretende enfrentar. Para ello recurre a las herramientas de investigación para estimación de la oferta (estimaciones de producción, decomisos, registros, estudios especiales, etc.) y de las necesidades de atención (encuestas, estudios especiales, registros de casos o eventos, estadísticas oficiales, etc.).

Se apoya también en la investigación en sistemas de salud para conocer cómo estructura la respuesta social organizada frente al problema, la investigación social para evaluar el contexto en donde ocurre el fenómeno, sus desenlaces, costos e impacto de las políticas públicas.

3.2.1. El problema en la región

Merced a estas herramientas sabemos que enfrentamos un problema complejo con múltiples aristas interdependientes (producción, tráfico, distribución, consumo), que constituyen el contexto de las políticas con un enfoque de salud pública cuya base es la interacción de las sustancias, las personas que las consumen y el contexto en donde esto ocurre. Sobresalen la existencia de un mercado consumidor que estimula la oferta, la disponibilidad de drogas y una preocupación por el incremento del consumo, una amplia disponibilidad de armas, el narcotráfico y el crimen organizado que aumentan el riesgo de violencia. Las consecuencias no deseadas de las políticas forman parte de la definición del problema. Estos factores han llevado a un consenso sobre la necesidad de cambiar el paradigma con el que se responde al problema y el modelo de *Salud Pública* ha ido ganando consenso.



This project is funded by the European Union

3.2.2. La oferta de drogas

En relación con la *oferta* sabemos que se produce marihuana en prácticamente todos los países de la región. La cocaína que se consume en el mundo se origina en los países Andinos. En América del Norte se concentra la mayor producción de metanfetamina, La región es también productora de heroína.

Marihuana: Es en Norte América en donde se producen tres cuartas partes de la producción mundial, especialmente en México (7,400 ton metr.), Paraguay (5,900 ton metr.) y en Estados Unidos (4,700 ton metr), seguidos de Colombia, Brasil y Jamaica (UN WDR, 2016).

Cocaína: Colombia en 2015 produjo el 52% del total de la producción (69,000 ha), Perú el 32% (42,900ha) y Bolivia el 15% (UN WDR, 2015).

Metaanfetamina: en la pasada década México se convirtió en un productor importante, especialmente para el mercado Norte Americano, aunque, como plantea el Reporte Mundial de Naciones Unidas, es difícil estimar la producción por la diversidad de precursores empleados; los decomisos de metanfetaminas indican un aumento en la producción, por ejemplo en 2008 en México se incautaron 341Kg y para 2012 la cantidad incrementó a 44 toneladas (UN WDR, 2014).

Heroína: de acuerdo con el Informe Mundial de Drogas 2015 de Naciones Unidas (UN WDR, 2015), México ocupa el tercer lugar mundial en cuanto a la producción de opio de donde se produce la heroína, Colombia y Guatemala, tienen una producción menor, la producción en estos tres países se duplicó entre 1998 y 2014 alcanzando el 11% de la producción mundial el tráfico se extiende por toda la región. El principal destino es Estados Unidos.

UN World Drug Reports, 2014, 2015 & 2016.

La distribución interna de drogas tiene su propia dinámica, es un mercado al que acceden jóvenes sin otras alternativas, muchos lo usan para mantener su propio consumo; el riesgo de violencia se da por disputas entre mercados y formas de saldar deudas. Esta realidad hace poco deseable distinguir entre usuarios a veces considerados “víctimas” de los distribuidores e invita a considerarlos como parte del problema a atender.

En ningún país la discusión sobre políticas de drogas tiene los matices que se dan en América Latina en donde el nivel de violencia asociado con el crimen organizado, uno de cuyos brazos son las drogas, no tiene equivalente, las drogas no explican toda la violencia, pero tienen una participación significativa.



This project is funded by
the European Union

De acuerdo con el Estudio Global de Homicidios de Naciones Unidas (2013) , Las Américas son la región en el mundo con el índice más elevado de mortalidad por esta causa y el crimen organizado juega un papel muy importante.

De acuerdo con el Estudio Mundial de Homicidio de Naciones Unidas, en las Américas, la tasa de muertes por homicidio en hombres es de 29.3 por 100,000 habitantes cuando la media mundial es de 9.7/100,000; afecta principalmente a los hombres jóvenes entre 15 y 29 años de edad, el tráfico de drogas y la disponibilidad de armas son factores determinantes, por ejemplo, 66% de las muertes ocurren por arma de fuego cuando la media mundial es de 41%.

UNODC, Global Study on Homicide, Vienna, Austria, 2013

Las drogas se asocian con diferentes formas de violencia, con lo que Rosa del Olmo (1997) definió como *violencia estructural* que comprende la penetración del narcotráfico, en la descomposición del tejido social y los costos por lavado de dinero, corrupción, etc.

Se asocia también con lo que Goldstein (1985) denominó *violencia funcional* derivada del delito que cometen las personas para adquirir la sustancia en un mercado ilegal y con *violencia conflictiva* asociada con factores de producción, tráfico y distribución que se relacionan con la disputa de territorios, eliminación de informantes, o castigos a quienes violan reglas o compiten por mercados, entre otros motivos.

La violencia es el principal factor de riesgo para desarrollar dependencia a drogas, para la enfermedad mental y para el suicidio, problemas que afectan de manera singular al sector joven de nuestra región y a quienes han perdido familiares por homicidio, a las familias que tienen uno de sus miembros en calidad de desaparecido, los que han sido víctimas en el hogar, la escuela o la comunidad o que han sido testigos de violencia (Benjet y otros 2001, Medina-Mora y otros., 2005, Borges y otros, 2008). Todas las políticas tienen consecuencias no deseadas, en la región es razonable afirmar que las consecuencias no deseadas que se manifiestan en estas formas de violencia o en corrupción, han superado los beneficios de la política y que deben de hacerse ajustes para una reducción oportuna de daños.

Ejemplos de las consecuencias no deseadas de estas políticas (UNODC, 2008) incluyen riesgos ambientales en los países productores (por destrucción de cultivos, y desecho de químicos usados en el proceso); falta de control de calidad de las sustancias que se consumen (contaminantes usados en el proceso); el cambio a drogas más peligrosas cuando hay falta de disponibilidad de las drogas que se consumen (el paso de opioides a opiáceos como la heroína, por ejemplo); el



This project is funded by the European Union

compartir jeringas (por el riesgo de VIH); la restricción en la disponibilidad de narcóticos por temor a la desviación al mercado ilegal; estilos de vida riesgosos y la no búsqueda de atención de personas que enferman y son segregadas por la sociedad derivado del estigma que rodea a esta condición. Un programa integral considera estos riesgos para la salud de los usuarios que hoy forman parte del problema de drogas.

3.2.3. La extensión del consumo

La evidencia muestra que *el consumo de drogas* está aumentando especialmente en la población joven (2015).

Resumimos los resultados del Informe sobre el uso de drogas e las Américas CICAD, OEA- 2015

Alcohol. Es el principal problema en la región y preocupa además por su inicio temprano, generalmente entre los 13 y 17 años, el 20% reportan uso de alcohol en el mes anterior, la mitad de estos estudiantes reportan haber tenido un episodio de uso excesivo (5 copas o más en una misma ocasión en las dos semanas previas a las encuestas).

Tabaco. 9 de los 8 países, reporta un consumo de tabaco menor al 5% y 6 superiores al 10%.

Mariguana La prevalencia anual es muy variable y oscila entre menos de 5% hasta más de 20%.

Inhalables. La prevalencia de uso de en el último año se extiende en un rango entre 0,5% y 11%.

Cocaína en 8 de 30 países la prevalencia fue de 2%, en el Cono Sur se reporta un incremento en el uso, la mayor demanda de tratamiento en el mundo por consumo de esta sustancia se encuentra en América Latina y el Caribe. En sus formas fumables son consideradas como un problema de salud pública particularmente en grupos marginados en condiciones de vulnerabilidad, especialmente en Argentina, Chile y Uruguay.

Estimulantes tipo anfetamínico, el consumo alguna vez oscila entre el 0.2% y 7.6%. Varios países de la región han reportado e uso de *nuevas sustancias psicoactivas* (NSP).

Heroína. El consumo es prácticamente inexistente, sin embargo se han reportado ya episodios de consumo y demanda de tratamiento en México y en menor medida en Colombia y República Dominicana.

De acuerdo con el Reporte Mundial de drogas, el tráfico de heroína sigue aumentando, la incautación de heroína y morfina aumentó en un promedio de 7 toneladas anuales en el período 2009-2014

UN World Drug Reports, 2015 & 2016



This project is funded by
the European Union

Como en otras regiones del mundo, la mayoría de las personas no usa drogas y solo una parte de quienes las habrán usado, desarrollarán dependencia, pero para ellas, hay sufrimiento y necesidad de tratamiento. Otros aspectos que preocupan a la región son los problemas de salud asociados al consumo de drogas, el inicio temprano asociado a mayor riesgo de dependencia y otros problemas; los niveles de mortalidad y discapacidad; el consumo como factor de riesgo asociado a enfermedades y lesiones por accidentes o violencia (CICAD/OEA 2015).

La proporción que recibe tratamiento en la región es pequeña en relación con la proporción que lo requiere. La brecha de atención existe en países ricos y pobres. En los países de nivel medio y bajo de desarrollo la brecha es mayor. Esto aumenta la carga del problema en la región (Khon y otros, 2004). La investigación en sistemas de salud informa cómo se ha estructurado la respuesta de atención.

3.2.4. La respuesta social organizada

La discusión sobre cuál debe de ser la política de drogas ocurre en muchos países. Europa, con buenos resultados, ha optado por medidas de reducción de daños (Babor y otros, 2010). En las Américas, Canadá, México, Colombia, Costa Rica, Chile, Jamaica discuten alternativas para la marihuana medicinal o el consumo recreacional y Uruguay ha definido ya su rumbo (Kilmer, 2015). En estados Unidos hay una variación interna importante con modelos de libre mercado y otros que siguen un modelo más disciplinario.

El debate principal se ha dado en torno a la marihuana, su potencial de daño y si debe o no clasificarse en el mismo grupo que otras sustancias, esto ha llevado a analizar el tema con base en la sustancia. Este debate era necesario y ha aportado mucha información útil.

Las drogas varían en su potencial tóxico, en la proporción de sus usuarios que desarrollan dependencia y en su letalidad. Babor y colaboradores (2010) han clasificado al tabaco, alcohol, marihuana y heroína de acuerdo con sus consecuencias adversas en diferentes campos. En las muertes por sobredosis, el VIH y las infecciones al hígado participan principalmente la heroína y el alcohol, este último se asocia también con violencia y suicidio y con enfermedad del hígado.

En las enfermedades del corazón juegan un papel importante el tabaco y el alcohol; en los problemas respiratorios el tabaco y la marihuana. En el cáncer, el tabaco y el alcohol; los resultados para la marihuana son menos consistentes (National Academies of Sciences, Engineering and Medicine, 2017). El riesgo de enfermedad mental se incrementa cuando se consume alcohol y marihuana. Todas producen efectos duraderos en el feto.



This project is funded by the European Union

Las personas que usan tabaco, alcohol, marihuana y cocaína, están en riesgo de desarrollar dependencia, con variaciones importantes en la proporción de personas que desarrollan dependencia y en su gravedad (Lopez-Quintero y otros 2011).

No todas las personas que usan drogas, hacen un uso riesgoso y transitan hacia el uso nocivo y la dependencia, las personas que desarrollan dependencia pueden tener etapas de mayor control y recaídas de diferente nivel de gravedad.

La encuesta de hogares conocida como NESARC aplicada en la población General de Estados Unidos, documentó que la probabilidad acumulada de transición del uso a la dependencia de nicotina fue del 67.5%, de 22.7% en los usuarios de alcohol, de 20.9% en los consumidores de cocaína y el 8.9% en los consumidores de cannabis. En la mitad de los casos de dependencia de estas sustancias la transición ocurrió 27 años después del inicio del uso de nicotina, 13 años después del inicio de alcohol, 5 años después del inicio de cocaína y 4 años después del uso de cannabis

Lopez-Quintero C, Pérez de los Cobos J, Hasin DS, et al. Probability and predictors of transition from first use to dependence on nicotine, alcohol, cannabis, and cocaine: results of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). Drug Alcohol Depend. 2011;115(1-2):120-130

Hombres y mujeres se ven afectados de diferente manera debido a diferencias biológicas en la asimilación de las sustancias, del tipo de droga que consumen, de la respuesta social cuando consumen o enferman. Influyen también en estas transiciones y en la gravedad del problema que se desarrolla, elementos de las sustancias y su potencial adictivo, de las características heredadas o del desarrollo de la persona que las usa, del ambiente en que vive y de la cultura que le rodea.

Una política de drogas basada en un modelo de salud pública debe de considerar desde luego a las sustancias, pero debe de añadir, su interacción con el individuo y con el medio ambiente en donde ocurre.

Dada esta evidencia es lógico suponer que las diferencias entre las drogas y la interacción entre droga, persona y medio ambiente, llevarán a la necesidad de intervenciones diferenciales dependiendo de su nivel de riesgo. Con base en esta evidencia se ha recomendado que las repuestas al problema deban de contemplar este amplio espectro de sustancias y formas de consumo y tener un enfoque de género.

Babor y colaboradores (2010), proponen una tipología para analizar el tipo de problemas que enfrentan los países con dos dimensiones que incluyen por una parte el índice de consumo total y



This project is funded by
the European Union

de consumo problemático, el delito que cometen los usuarios para conseguir drogas en un mercado ilegal y el narcomenudeo, y por otra, el narcotráfico y la violencia asociada con éste. Lo contrastan con la manera en que los países definen el problema y lo enfrentan. México por ejemplo, que define su problema como uno de seguridad nacional, se ubicaría entre los países con tasas bajas relativas de consumo ocasional y problemático y en donde el narcomenudeo y el delito que puede atribuirse a los usuarios es también aun relativamente bajo, pero tiene muy altos niveles de narcotráfico y muy alto índice de violencia relacionada con esta actividad. En tanto que el Reino Unido, que define su problema como uno de salud, estaría entre los países ubicados en el lado opuesto, tiene muy altos niveles de consumo y altos niveles de consumo problemático, de narcomenudeo y de delito cometido por personas con adicción pero tiene bajos niveles de narcotráfico y de violencia asociada. Es claro que estos dos países tienen problemas diferentes y requieren por tanto respuestas también diferentes.

No tenemos todas la evidencia que sería deseable tener para la toma de decisiones y si muchos puntos de vista sobre riesgos y beneficios, debemos actuar con base en la evidencia disponible reconociendo que la ciencia es dinámica y aporta nueva evidencia continuamente.

3.3 La plataforma conceptual

El concepto de salud pública ha evolucionado con el tiempo, inicia como una actividad del estado, incorpora después a la comunidad e identifica a los servicios no personales (por ejemplo saneamiento, vacunación, educación de la población); después se amplía para incluir programas especiales de prevención como la salud reproductiva. El término se ha usado para referirse a epidemias y a otros problemas de salud que implican un riesgo para la población y para separar la medicina de especialidad de los servicios a la población general. También refiere a un modelo conceptual y a un campo de la investigación que abarca a los estudios epidemiológicos y al análisis de la respuesta social organizada a los problemas identificados (Frenk, 1995).

Este inciso introduce el marco conceptual de la Salud Pública, su evolución, los diferentes modelos y sus principios y estrategias.

3.3.1. Enfoques en la concepción de políticas sobre drogas:

Se han identificado tres enfoques del problema que inciden en la respuesta social: el enfoque biomédico, el psicosocial y el sociocultural. Más recientemente han aparecido intentos por complementar estos tres enfoques. En este apartado hacemos un recorrido por sus conceptos y propuestas para fundamentar las políticas públicas.



This project is funded by
the European Union

3.3.1.1. Enfoque bio-médico

El enfoque biomédico, no es nuevo, tiene sus orígenes en el 1930 cuando el doctor Jellinek definió el alcoholismo como una enfermedad con diferentes etapas, desde una pre alcohólica que caracteriza al consumo social, una fase prodrómica cuando empiezan a manifestarse problemas como no acordarse lo que se hizo mientras bebía, la persona empieza a beber sola y en secreto. Le siguen una fase crucial caracterizada por una espiral de pérdida de control y una etapa crónica en la que el alcohol se convierte en el principal motivo en la vida de quien ha enfermado; aparecen síntomas de abstinencia y otros problemas físicos y mentales. Esta conceptualización buscaba contrarrestar una concepción del abuso como una conducta moral inapropiada y quienes enfermaban como pecadores o personas malas (Jellinek, 1946).

Los avances de la ciencia fueron complejizando la primera aproximación de Jellinek. Más recientemente, la evidencia desde las neurociencias ha llevado a un modelo conceptual más completo (Koob y Volkow, 2016). Desde esta perspectiva se define la adicción como “un trastorno recidivante crónico caracterizado por compulsión por buscar y usar la sustancia, pérdida de control para limitar su consumo y aparición de estados emocionales negativos cuando se suspende el consumo de la sustancia” (Koob y Volkow, 2010 pp. 217).

De acuerdo con Erickson (2007) se trata de una enfermedad que cubre todos los criterios para ser considerada como tal:

1. Se puede diagnosticar a través de signos, síntomas y pruebas diagnósticas, hay manifestaciones previas y en muchos casos progresa hacia estados de mayor gravedad
2. Existe un órgano comprometido que es el cerebro, hay modificación en la conducta e impacta múltiples órganos y sistemas
3. Existe dolor y sufrimiento y pueden llevar a la muerte. Es susceptible de ser tratada y en algunos casos hay respuesta favorable a medicamentos, es crónica, no es curable pero se puede controlar.
4. La enfermedad que se desarrolla es la dependencia y el consumo es factor de riesgo para múltiples enfermedades.

Resumimos la descripción de Koob y Volkow (2016) del proceso de desarrollo de la enfermedad y la manera cómo afecta al cerebro que es el principal órgano comprometido y descripción del Cirujano General que se basa en estos mismos autores.

Estos autores han descrito tres fases en el desarrollo de la dependencia que transita de la repetición, a la desadaptación y a una dependencia cada vez más grave, con falla repetida en la auto regulación.



This project is funded by
the European Union

“La primera etapa la denominaron de *“atracción/intoxicación”* se caracteriza por la búsqueda de placer, en ella se observa una compulsión por usar la droga, predomina la *impulsividad* que se caracteriza por una predisposición hacia reacciones rápidas y no planeadas ante estímulos internos y externos a pesar de las consecuencias negativas de estas acciones. Algunas personas pasan a la siguiente etapa que denominan *“abstinencia/afecto negativo”*, en ella aparecen estados emocionales negativos que reflejan un síndrome de abstinencia cuando la droga no es consumida. La tercera etapa de *“preocupación/anticipación”* durante la que se busca la droga después de un periodo de abstinencia hay una pérdida de control para limitar el consumo. En estas dos últimas etapas, predomina la *compulsividad*, es decir conductas perseverantes ante respuestas incorrectas en situaciones donde hay posibilidades de elección diferentes

En este proceso están incluidas tres secciones del cerebro los Ganglios Basales que controlan los efectos reforzantes o placenteros del uso de sustancias y son responsables de que se dé un uso habitual; intervienen el Núcleo Accumbens responsable de la motivación y la experiencia de recompensa y el Estriado Dorsal responsable de la formación de hábitos y otras conductas; procesos que subyacen al fenómeno denominado “Atracción/Intoxicación.

La Amígdala Extendida, por interacción del hipotálamo, controla la actividad de glándulas que producen hormonas como la pituitaria y las suprarrenales, regula el sistema de estrés y las emociones negativas como la ansiedad y la irritabilidad, que subyace a la fase de Abstinencia/Afecto negativo.

Finalmente la Corteza Prefrontal, responsable de los procesos cognitivos como las funciones ejecutivas que organizan pensamientos y actividades y permiten priorizar tareas y manejar el tiempo y son responsables de la toma de decisiones y de regular acciones, emociones e impulsos, participan en la fase de Preocupación/Anticipación”.

En el Reporte del Cirujano General (2016), basado en estos mismos autores, menciona que en este proceso participan tres fenómenos: “1) *Prominencia del incentivo* que aumenta el riesgo de recaer cuando las personas que están tratando de mantener abstinencia siguen frecuentando a sus amigos o sitios en donde consumían, 2) *Déficit de recompensa y exceso de estrés*, que ocurre en la fase de abstinencia cuando las personas consumen para evitar los síntomas negativos y 3) *Déficit de funciones ejecutivas* derivadas de un compromiso de la corteza frontal que dificultan la decisión de no consumir o superar la urgencia (*craving*) especialmente cuando la persona que ha enfermado y está expuesta a señales disparadoras (a las sustancias y sus estímulos condicionados o a experiencias estresantes). Esta deficiencia lleva a la búsqueda de drogas después de un periodo de abstinencia que en personas con dependencia muy grave, puede durar solo unas horas”

Koob GF, Volkow N. Neurobiology of addiction: a neurocircuitry analysis. The Lancet, 2016; 3: 760–73.

US Department of Health and Human Services (HHS), Office of the Surgeon General, Facing Addiction in America: The surgeon General’s report on Alcohol, Drugs and Health, Washington, DC:HHS, 2016 (págs 2, 8-15).



This project is funded by
the European Union

De acuerdo con Volkow y Koobs (2015), este modelo ha ayudado a explicar los procesos neurobiológicos que están asociados con la pérdida de control, la conducta compulsiva de consumo, la conducta inflexible, y los estados afectivos negativos que se asocian con la adicción. Este conocimiento ha llevado a su vez a descubrir medicamentos como la naloxona y el acamprosato para tratar el alcoholismo, la buprenorfina y la naloxona para tratar la adicción a opiáceos y la vareniciclina para tratar la dependencia al tabaco y al uso de estimulación magnética transcraneal y sus variantes para fortalecer los circuitos afectados por las adicciones con resultados prometedores.

Hall, Carter y Farlini (2015), consideran que el modelo de enfermedad del cerebro tiene como foco a una minoría de personas con dependencia grave y que no tiene herramientas para la implementación de políticas públicas costo efectivas para disuadir a la persona de fumar tabaco, beber grandes cantidades de alcohol o llevar las nuevas tecnologías a toda la población cuando hoy en día persiste un rezago muy importante en la cobertura de tratamiento.

Para ellos el reto es integrar los hallazgos de las neurociencias con aquellos que provienen de la economía, de la epidemiología, la psicología, la sociología y la ciencia política para reducir los daños del uso riesgoso de drogas y de todas las formas de dependencia.

En respuesta a este artículo de Hall y colaboradores, Volkow y Koob (2015) plantean que la investigación de traslación debe ser el eje de la prevención efectiva. Para ellos el entender el papel de la genética, de los factores del desarrollo y del ambiente que aumentan la vulnerabilidad de las personas para usar drogas llevará a desarrollar mejores programas de prevención, particularmente para aquellos para quienes los modelos de prevención universal no son efectivos.

3.3.1.2. Enfoque psicosocial/biopsico-ecológico.

El modelo médico de enfermedad ha sido el modelo dominante por muchos años, frente a este modelo surge un modelo psicosocial que entiende a la adicción como una conducta habituada.

El enfoque psicosocial, no es nuevo, de acuerdo con Stineman y Streim, (2010) fue propuesto por Engel en 1977 y permite entender la interacción de los factores biológicos, sociales, psicológicos y culturales. Este enfoque permite explicar las diferencias en la vulnerabilidad de las personas y por qué no todas las personas se comportan o enferman igual.

Influye una vulnerabilidad genética que puede hacer a una persona más propensa a abusar drogas y desarrollar dependencia cuando se suman factores de desarrollo que hacen a la persona más vulnerable (por ejemplo negligencia o abuso físico o sexual, el ser testigo de violencia); los factores del entorno que determinan la disponibilidad de drogas y la exposición a la oportunidad de usar, los factores culturales que validan o no el uso, los recursos psicológicos de la persona expuesta (como



This project is funded by the European Union

la inteligencia o la autoestima), los recursos externos de apoyo (como el contar con una persona a la que recurrir) que disminuyen el impacto de las experiencias negativas, la disponibilidad y la exposición a programas de prevención y tratamiento y las habilidades para enfrentar el problema y buscar ayuda. Así la persona puede tener trayectos hacia la resolución del riesgo o hacia la enfermedad o discapacidad psicosocial.

Buchman, Skinner e Illes (2010) consideran que a pesar de que el modelo biomédico, cuyos últimos avances incorporan los resultados recientes de las neurociencias, ha legitimado la adicción como una condición médica, también ha promovido ideas categóricas de la responsabilidad individual y del libre albedrío que se disminuyen cuando las personas han enfermado.

Para resolver este problema con la conceptualización del problema, promueven un modelo sistémico biopsicosocial en el que los factores psico-sociales interactúan con la neurogenética. Para ellos este modelo puede responder a la complejidad del problema de drogas y dar cuenta de la libertad de elección y de la responsabilidad moral junto con la biología, la experiencia vivida y el contexto socio-histórico de la persona.

Stineman y Streim (2010), consideran que los enfoques biomédico y psicosocial no son suficientes para enfrentar la enfermedad y la discapacidad con la que se asocia. Proponen un modelo expandido que incorpora a la salud ambiental. Adoptan una teoría de sistemas funcional y consideran que no es posible entender a la persona ni su condición de salud y grado de discapacidad, sin considerar el ambiente como parte de un sistema dinámico en el cual la persona, su condición de salud y el ambiente son partes integrales.

Este modelo incorpora al ambiente físico como un elemento adicional a los incluidos en el modelo psicosocial. Establece que el cuerpo (los tejidos celulares, los órganos y los sistemas de órganos), la persona y los elementos ambientales, interactúan para determinar el nivel de funcionamiento. Distingue entre los niveles de análisis individual y poblacional y entre la medición objetiva (como puede ser la clasificación de funcionamiento y discapacidad de la OMS) y el significado subjetivo que la persona da a su situación.

El modelo propuesto por Stineman y Streim (2010), basado en la Clasificación del Funcionamiento y Discapacidad de la OMS, divide el funcionamiento en cinco niveles de funcionamiento a los que he incorporado ejemplos del tema que nos ocupa:

1. En el primer nivel están los factores en el cuerpo de la persona que la pueden llevar a enfermar (por ejemplo una vulnerabilidad genética a la dependencia aunada a antecedentes familiares de enfermedad mental, por ejemplo)
2. En el segundo está la enfermedad o lesión que presenta la persona como resultado de



This project is funded by
the European Union

la disfunción en su cuerpo (dependencia a drogas, trastorno dual)

3. En el tercero ubican a las limitaciones producto de su condición de salud (incapacidad de trabajar y dedicar mucho tiempo a conseguir la droga).
4. El cuarto nivel evalúa la actividad y la participación en su grupo social (su enfermedad, y el estigma limitan la participación y la búsqueda de ayuda) y
5. En el quinto ubican al entorno social que impone restricciones o facilita la actividad y participación y en general las condiciones de vida de la persona (por ejemplo, un medio social que ve a la dependencia y a los trastornos mentales como una debilidad y un problema moral en lugar de una enfermedad, pone barreras para que la persona se integre al grupo social y pueda rehabilitarse)

Stineman, M y Streim, J. The Biopsyo-ecological Paradigm: A Foundational Theory for Medicine PM R. 2010; 2(11): 1035–1045. doi:10.1016/j.pmrj.2010.06.013.

3.3.1.3. Enfoque sociocultural

La sociología y la antropología han hecho aportaciones muy relevantes. De acuerdo con Apud y Romaní (2016), la sociología ha aportado conocimiento sobre procesos como la anomia y la desviación, las subculturas de las drogas, la desorganización social, el etiquetamiento de la persona como “adicta” y su estigmatización. Estos autores resumen también la participación de la antropología que ha abordado, entre otros temas: el uso de drogas como un campo de relaciones entre sustancias, sujetos y contextos, abordaje que permite estudiar a los sujetos en la complejidad de sus contextos “naturales” o “espontáneos”, haciendo posible visualizar problemas difícilmente en un laboratorio, también han descrito trayectorias de adicción, distintas prácticas sociales y culturales relacionadas con el uso de drogas, desde prácticas tradicionales, hasta distintas “subculturas de la droga” que se observan actualmente.

De acuerdo con estos autores el modelo sociocultural cuestiona la noción clásica de “drogodependencia” en términos exclusivamente biológicos, y añaden su relación con las formas de organización de la vida cotidiana, así como los procesos de identificación y construcción de identidad.

Para ellos, las metodologías cualitativas han tenido la capacidad de un mayor acercamiento a poblaciones “ocultas” o de difícil acceso, a través de técnicas que permiten comprender la perspectiva de los actores. también ha hecho significativas contribuciones en el área de la intervención y las políticas de drogas, permitiendo detectar emergencias y necesidades sobre el terreno, y establecer mejores estrategias de salud para las adicciones y sus problemas sanitarios asociados, tales como el VIH o la hepatitis C.



This project is funded by
the European Union

Probablemente la mejor aproximación es la unión de las aportaciones de los diferentes modelos para abordar un problema complejo como el que nos ocupa.

El nuevo modelo de Salud Pública

El objetivo de la Salud Pública es preservar la salud de la población y mejorar la calidad de vida a través de *cambiar el medio ambiente y la conducta individual*. Busca identificar las necesidades de salud de una población y sus determinantes, transformar la información en políticas públicas, poner en operación estrategias normativas orientadas a la protección a la salud, prevenir la enfermedad, asegurar cobertura de atención, orientar la operación de los servicios de salud a fin de que permitan la acción preventiva y curativa.

- Reconoce diferencias entre drogas en cuanto a su riesgo y las variaciones en el consumo puede por tanto dar bases para una política diferencial.
- Analiza los patrones de consumo medidos en términos de su frecuencia y cantidad que varían desde la experimentación, el uso regular, el uso riesgoso, los trastornos por abuso de sustancias y los problemas con los que se asocia como lesiones (por accidentes de tráfico), enfermedades (por ejemplo, las complicaciones pulmonares) o problemas psicosociales (como las dificultades de aprendizaje).
- Cuenta con las herramientas para diferenciar a quienes tienen problemas de los que no los tienen y analizar los factores que los diferencian para orientar la prevención o conocer la demanda atendida y no atendida para orientar las políticas de tratamiento.
- Puede identificar diferencias entre hombres y mujeres, por grupos de edad, por regiones, grupos étnicos, en sus patrones de consumo y en sus necesidades de atención integrando el papel de la cultura y del contexto en la forma en que el problema se manifiesta.
- Integrar indicadores de calidad de vida y bienestar.
- Incorporar el análisis del problema que se origina en las políticas de control.
- Proponer soluciones basadas en el bien común o colectivo.

El efecto de cada sustancia varía en función de sus características, la dosis, el modo del uso, el contexto y las características de las personas que las consumen. Desde una perspectiva de salud no puede separarse a la droga, de la persona y del contexto, su efecto se da en esta interacción. Cuenta con una serie de estrategias:



This project is funded by
the European Union

Estrategias de Salud Pública

1. *Gestión y rectoría* sanitaria, capaz de analizar y supervisar al sistema en conjunto y a cada uno de sus componentes
2. *Metodologías* de encuestas, registro de casos y estudios especiales que le permiten identificar, monitorear y analizar las necesidades de salud de una población incluidos los factores de riesgo que incrementan la probabilidad de que se presente un problema y los factores de protección que fortalecen al individuo ante la exposición al riesgo y consecuencias.
3. *Estrategias de acción* que incluyen: *Educación* para lograr que la población se mantenga alerta e informada sobre el problema, la *promoción de la salud*, la *protección de la salud* a través de medidas normativas, la *prevención* de enfermedades, *tratamiento* integrado al *sistema de salud* y la *reducción de riesgos y daños*
4. *Capacitación, investigación y desarrollo*
5. Gestión de la *participación social* y empoderamiento de la sociedad civil,
6. *Traducción* de la información que genera en políticas públicas.

El modelo de Salud Pública parte de una serie de principios:

I. **Gestión, rectoría y programa de atención del problema**

El punto de partida es contar con un programa de atención integrado, es decir que incorpore a todos los sectores involucrados; que incluya programas específicos que cubran el amplio espectro de áreas afectadas y de oportunidades que los diversos sectores ofrecen (por ejemplo salud, educación, desarrollo social, deporte, cultura, etc.), definición de responsables y costos y que incluya una estructura que permita el trabajo colaborativo y la coordinación de todos los sectores.

Contar con disponibilidad de recursos, para la capacitación de recursos humanos, el seguimiento de los subprogramas, la selección de indicadores de progreso, la evaluación de resultados y la incorporación de acciones de mejora y la rendición de cuentas.

Lo complementan un programa de investigación que permita mantener un diagnóstico actualizado del problema, que incorpore conocimiento sobre sus determinantes y consecuencias, que desarrolle y evalúe modelos de intervención incluidos sus costos y beneficios, que incluya la difusión, y traduzca los conocimientos adquiridos en bienes y servicios útiles para la comunidad.



This project is funded by
the European Union

II. **Despenalización de las drogas.**

Dado que el uso riesgoso es una conducta susceptible de modificarse con medidas normativas y de educación y prevención y que los trastornos por uso de sustancias (uso nocivo y dependencia) cumplen con los criterios de enfermedad (Erikson 2007) y que el tratamiento tiene el mismo nivel de efectividad que el observado para otras condiciones crónicas (US-HHS 2017) (por ejemplo la diabetes), la respuesta adecuada se ubica en el campo de la salud pública y no la cárcel.

III. **Cambio de un enfoque punitivo a uno de salud pública.**

Iniciamos parafraseando a Stevens (2011, pág 1) quien ha apuntado que “en un mundo libre de drogas habría delitos y personas con mala salud; que en una sociedad que ha dejado atrás la prohibición, las drogas aún estarían asociadas con muertes innecesarias y con otros daños y que estos daños seguirían concentrados entre las personas más vulnerables”, es decir aquellas social y económicamente marginadas. Se busca por tanto un enfoque que considere el bienestar con la persona y la comunidad como su foco y no las drogas y decomisos y minimice las consecuencias no deseadas de las políticas.

Este cambio de enfoque implica poner al alcance de la persona tratamiento como alternativa a la cárcel: programas de desintoxicación, de tratamiento para los trastornos por abuso de sustancias y de los problemas psicosociales y de otras enfermedades crónicas que los trastornos por abuso de sustancias traen consigo, tratamiento de la enfermedad mental y prevención del suicidio asociado.

Esta medida lleva consigo también la necesidad de proporcionar tratamiento a las personas que se encuentran en las cárceles, además de aliviar su sufrimiento, el recibir tratamiento para la dependencia disminuye el riesgo de delinquir al salir de la cárcel cuando salen con la enfermedad e incurrir en conductas ilegales bajo efectos de las sustancias o para conseguir las.

La educación para mantener la alerta del problema y sus riesgos, los modelos de promoción de la salud por ejemplo dotar a los niños y adolescentes de habilidades socioemocionales, las medidas de protección de la salud como normas que aseguran ambientes libres de tabaco y la prevención, como por ejemplo el tamizaje e intervenciones breves para personas que empiezan a tener problemas con el consumo de sustancias, son parte de un programa integral de salud pública.



This project is funded by
the European Union

IV. *La dignificación de las personas con derechos y libertades.*

Existe una preocupación legítima en relación a la desproporción entre la gravedad del delito cometido y las penas indicadas en la ley de muchos países, que recae especialmente en los grupos en condición de vulnerabilidad (CICAD/OEA 2013). Se ha documentado una feminización de los delitos relacionados con las drogas, con porcentajes crecientes de mujeres encarceladas por tráfico o tenencia de drogas (Pérez y otros, 2012).

Existen diferentes modelos de intervención para personas con conflictos con la ley que buscan suspender el proceso a personas con trastornos y ofrecer en cambio tratamiento. Estas prácticas junto con la despenalización del uso tienen el potencial de reducir estas consecuencias no deseadas de las políticas (Guzman, 2012).

V. *Lucha contra el estigma que aleja a las personas que enferman del tratamiento y de su reincorporación social.*

El uso de sustancias psicoactivas está rodeado de estigma que impacta la calidad de vida de las personas y retrasa la búsqueda de atención. Como antecedente tenemos la influencia de la tradición casi universal, de considerar que se trata de un problema de conducta y de carácter social más que de salud debido a que la evidencia que lleva a ver a los trastornos por abuso de sustancias como enfermedad en la que la recaída forma parte de su historia natural, no se ha extendido (Mora y otros, 2016, Room, 2005).

Esto hace difícil entender el enorme esfuerzo que significa para la persona que enferma, recuperar la sobriedad y mantenerla. El rechazo social se internaliza con sentimientos de vergüenza y culpa, y la desesperanza y depresión no son poco frecuentes.

Incorporar la perspectiva de salud y por tanto la atención de estos trastornos en el sistema de salud y acercar a las personas que enferman a tratamiento, disminuirá la exclusión social, es un área de oportunidad para la salud pública.

VI. *Derechos individuales y los derechos colectivos*

No se trata de un tema nuevo, data del siglo XIX a partir de que Pasteur y Koch (Moreno, 204) descubren el mecanismo por el cual se expanden las infecciones y la necesidad de proteger a la población en las epidemias, estuvo presente en el debate de la protección del estado en el caso de las enfermedades crónicas, resurgió con las nuevas epidemias (por ejemplo VIH, tuberculosis e influenza), y está presente hoy en el debate sobre la legalización de la marihuana.



This project is funded by the European Union

Desde entonces hasta hoy ha habido puntos de controversia, por ejemplo ¿es ético obligar a la población a vacunarse, a cambiar estilos de vida, a ser parte de un registro con datos personales cuando se ha adquirido una enfermedad? En el centro del debate ha estado también la discusión del papel paternalista del estado y la discriminación sobre poblaciones en condiciones de vulnerabilidad que suelen ser las más afectadas y sobre si se debe solo educar pero no normar (Bayer 2013). La evidencia muestra que estas medidas aisladas sin venir acompañadas de normas orientadas a la protección a la salud, son poco efectivas (Babor y colaboradores, 2010).

La epidemia del tabaco a pesar de que sigue siendo una amenaza para la salud pública, (mata alrededor de 6 millones de personas cada año), ha sido sin duda un caso de éxito para la salud pública. Las medidas normativas han reducido el consumo, hoy 78% de la población no fuma y esta conducta se está convirtiendo en la norma (WHO, 2014). Aún más, la Organización Mundial de la Salud estima que hay 1.3 billones de personas, lo que representa 18% de la población del mundo, están protegidas por leyes nacionales sobre espacios libres de humo de tabaco (WHO, 2016), medidas para reducir el costo del abuso de bebidas con alcohol es otro caso si bien menos exitoso (Monteiro y otros, 2016; Medina-Mora y otros 2007).

En este debate debemos preguntarnos si el papel normativo del Estado trajo beneficios para la población y estos fueron superiores al costo de perder libertades individuales de elección. Para Bayer (2001), la ruta es reconocer estas controversias y tener la información necesaria para justificar la norma cuando se propone. Podríamos añadir, tener la capacidad de monitorear los costos, y de modificar la normatividad para disminuir riesgos. También debe de ser posible cambiar de rumbo cuando los riesgos superan a los beneficios en el bienestar de la población.

La nueva salud pública incorpora elementos de los diferentes modelos con un enfoque multidisciplinario e integrado.

3.3.2 Funciones esenciales de la salud pública

3.3.2.1. Promoción de la salud

Busca el que la población incremente el control sobre su salud y la mejoren; cuenta con una amplia gama de intervenciones sociales y ambientales. Algunos ejemplos se incluyen en el cuadro siguiente.

Promoción de la salud y prevención de enfermedades (Toll, 2015)

➡ *Habilidades para la vida – primaria y secundaria*



This project is funded by the European Union

- ➔ *Prácticas de crianza positiva*
- ➔ *Fomentar resiliencia, estrategias de afrontamiento, en niños en riesgo de problemas de conducta o psicológicos*
- ➔ *Terapia cognitiva conductual – niños en condiciones de vulnerabilidad – mejorar funcionamiento social y estrategias de enfrentamiento*
- ➔ *Empoderamiento para adolescentes y jóvenes fuera de la escuela – intervenciones de múltiples componentes.*
- ➔ *Manejo de la agresividad y violencia – solución de problemas sin conflicto*
- ➔ *Intervenciones breves problemas con el uso de sustancias. Impuestos*

Tol, W. Stemming the tide: promoting mental health and preventing mental disorders in low- and middle-income countries. Global Mental Health, 2015; 2(e11):1- 10. doi:10.1017/gmh.2015.9

3.3.2.2. Prevención de enfermedades

Busca promover las conductas adaptativas y prevenir problemas de conducta. Desarrollo social, internalización de normas, y hábitos desde la infancia temprana y desarrollo social (prácticas de crianza, estrategias de manejo de conducta de maestros, habilidades individuales y sociales).

Hasta hace algunos años, el modelo de prevención, estaba dividido en tres momentos: la *prevención primaria* donde se intentaba evitar la aparición de nuevos casos, impidiendo que los individuos, principalmente los niños y los jóvenes empezaran a consumir drogas; *prevención secundaria* donde se intenta identificar a quienes ya consumían drogas pero aún no desarrollaban dependencia y se les proporcionanles tratamiento; y *prevención terciaria* orientada a proporcionar tratamiento a las personas con adicciones, intentando su rehabilitación y reinserción social.

Sin embargo los avances científicos en materia de neurociencias, genética y aspectos psicosociales entre otros, evidenciaron que las personas pueden presentar diferencias en estas áreas, que los hagan más susceptibles de desarrollar problemas y que por tanto las intervenciones debían adaptarse a las diferentes necesidades. Actualmente el modelo se divide en *prevención universal* dirigida a la población general y personas que tienen bajo riesgo y evitar posible consumo o retrasar la edad de inicio a partir de enseñar habilidades y mejorar la competencia personal; *prevención selectiva* dirigida a grupos de población en riesgo de consumo y; *prevención indicada* dirigida a abordar situaciones de consumo iniciales.



This project is funded by
the European Union

El Instituto Nacional de Abuso de Drogas de EUA (2003), además recomienda que en las acciones preventivas se deben considerar todo tipo de drogas y las diferentes formas de consumo; analizar los factores protectores o de riesgo que presenten las personas y características personales como edad, sexo y grupos sociales. Las intervenciones breves son las que han probado mayor eficacia en etapas tempranas del consumo.

Otra recomendación es involucrar a profesionistas del área de la salud y la educación, especialmente a aquellos que están en contacto con niños y jóvenes y que además pueden tener acceso a los familiares de estos. Los programas preventivos deben ser entendidos como un proceso a lo largo de las diferentes etapas de la vida.

3.3.2.3 Tratamiento

Las medidas de salud pública incluyen el desarrollo y adaptación de modelos de atención adaptados a las necesidades de la población y a su entorno sociocultural, el acceso y su incorporación al sistema de salud.

3.3.2.4. Intervenciones basadas en reducción de daños

La OMS (2017) las define como políticas o programas que se centran directamente en la reducción del daño resultante del uso de alcohol o drogas. El término se usa particularmente para políticas o programas que tienen como objetivo reducir el daño sin necesariamente afectar el uso de drogas subyacente. Algunos ejemplos incluyen intercambios de agujas / jeringas para reducir el riesgo de contagio derivado del intercambio de agujas usadas entre los usuarios de heroína y otras drogas usadas vía inyección, detección de alcohol en conductores de automóviles y bolsas de aire auto inflables en automóviles para reducir las lesiones en accidentes, especialmente como resultado de conducir en estado de embriaguez, entre otras medidas que se pueden incorporar a los programas de ampliación de la cobertura de tratamiento.

Este cambio en la perspectiva que se refleja en los principios de modelo de Salud Pública y principalmente la tendencia hacia la despenalización, implica desafíos importantes para los países de la región.

El cambio implica modernizar los sistemas de salud integrar la atención de los trastornos por abuso de sustancias y ampliar las opciones de tratamiento para dar albergue a las personas que enferman y no tienen acceso y en reforzar su capacidad de gobernanza y dar respuesta al creciente problema de drogas en la región desde una perspectiva de derechos humanos e incorporando los compromisos de desarrollo.



This project is funded by
the European Union

3.3.2.5. Las políticas y sus costos

Strang y otros (2012), en un resumen de su estudio de la evidencia en torno a la efectividad de las intervenciones para reducir costos de drogas, concluyen, efectos positivos en control de oferta que sube precios y reduce inicio con dificultad de mantener. Arrestos masivos sin efectos pero pruebas de presencia de drogas en personas bajo supervisión de la ley con penas breves, como encarcelamientos por una noche, tienen un impacto grande. Otras medidas con efectos positivos incluyen terapias de sustitución que mantienen estándares de calidad y tratamiento.



This project is funded by
the European Union

4. Futuro/Avances de la evidencia en este campo

El nuevo paradigma de salud pública ofrece alternativas interesantes para mejorar la respuesta social organizada en torno al problema de drogas, su aplicación es una oportunidad de aprendizaje y su monitoreo y ajuste nuestra responsabilidad.



This project is funded by
the European Union

5. Lecturas recomendadas

Presentamos a continuación algunas fichas bibliográficas, el material completo está en la web:

John Strang, Thomas Babor, Jonathan Caulkins, Benedikt Fischer, David Foxcroft, Keith Humphreys. (2012). Drug policy and the public good: evidence for effective Interventions. *Lancet*, 379: 71–83. Los autores hacen una revisión de la evidencia de diferentes medidas de prevención. Abarcan medidas para disminuir la disponibilidad, las sanciones criminales, los controles sobre las droga de prescripción, la prevención y lo servicios de salud y sociales para los usuarios de drogas.

Bayer, R. (2007). *The continuing tension between individual rights and public health. EMBO reports; 8(12):1099-1103.* Breve artículo que hace una reseña histórica de las tensiones entre el bien individual y el bien colectivo.

Frenk, J. (1995). *La salud de la población. Hacia una nueva Salud Pública. Fondo de Cultura Económica, colección La Ciencia desde México.* Ofrece una reflexión sobre el nuevo paradigma de la Salud Pública desde diferentes plataformas: la base conceptual, la de producción de conocimientos, la de su reproducción y difusión y la de utilización.

Monteiro, M.G. Alcohol y salud pública en las Américas: un caso para la acción. (2007). *Washington, D.C: OPS.* La autora hace un recorrido por el problema de alcohol en la región y presenta evidencia de políticas públicas.



This project is funded by
the European Union

6. Bibliografía para el estudiante

Alfonzo, L. Desafíos y Estrategias para el Abordaje del Problema de las Drogas desde el ámbito de la Salud Pública CICAD: OEA. Quincuagésimo Sexto Período Ordinario de Sesiones. /Ser.L/XIV.2.56. CICAD/doc.2138/14 14 noviembre 2014. Disponible en: <http://www.cicad.oas.org/apps/Document.aspx?Id=3037>

Apud, I, Romaní, O. La Encrucijada de la Adicción. Distintos Modelos en el Estudio de la Drogodependencia. *Health and Addictions*, 2016; 16, (2), 115-125.

Babor, T., Caulkins, J., Edwards, G., Fischer, B., Foxcroft, D., Humphreys, K. *et al.* Drug policy and the public good. Londres: Oxford University Press, 2010.

Bayer, R. The Continuing tensions between individual rights and public health. *EMBO reports* 2013, 8(12) 1101-1103.

Benjet, C.; Borges, G.; Méndez, E.; Fleiz, C.; Medina-Mora, M.E.: "The association of chronic adversity with psychiatric disorders and disorder severity in adolescents". *European Child & Adolescent Psychiatry*, 2001; 20(9):459-468.

Borges, G.; Benjet, C.; Medina-Mora, M.E.; Orozco, R.; Molinar, B.E.; Nock, M.K.: "Traumatic events and suicide-related outcomes among Mexico City adolescents". *J Child Psychol Psychiatry*, 2008; 49(6):654-666.

Buchman, D., Skinner, W., Illes, J. Negotiating the Relationship Between Addiction, Ethics, and Brain Science. *AJOB Neurosci.* 2010; 1(1): 36–45.

Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas CICAD/OEA. Políticas de Drogas desde la perspectiva de la Salud Pública y los Derechos Humanos. 54 Período de Sesiones Ordinarias de la CICAD. 2013. Disponible en: <http://www.cicad.oas.org/apps/Document.aspx?Id=2516>

Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD/OEA). El problema de las drogas en las Américas. Organización de Estados Americanos. 2015. Washington D.C.

Commission on Narcotic Drugs (CND). Drug policy provisions from the international drug control. Commission on Narcotic Drugs Fifty-seventh session. Vienna, 13-21 March 2014. Disponible en:



This project is funded by
the European Union

https://www.unodc.org/documents/commissions/CND/CND_Sessions/CND_57/E-CN7-2014-CRP05_V1400819_E.pdf

Del Olmo, R. La conexión criminalidad violenta/drogas ilícitas: Una mirada desde la criminología. En: Hopenhayn M, comp. La grieta de las drogas. Desintegración social y políticas en América Latina. Santiago de Chile: Naciones Unidas/cepal: 83-88.

Erickson CK. The science of addiction. 2007. New York, New York: W.W. Norton and Company, Inc.

Frenk, J. La nueva salud pública. En OPS. La crisis de la salud pública, reflexiones sobre el debate. Pub. Científica No. 540, Washington DC OPS/OMS 75-93, 1995

Frenk, J.. La salud de la población.: Hacia una nueva salud pública. Fondo de Cultura Económica, México, (2016)

Hall, W., Carter, A., Forlini, C. The brain disease model of addiction: is it supported by the evidence and has it delivered on its promises? *Lancet Psychiatry* 2015; 2: 105–10
[http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)00126-6](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(14)00126-6)

Insulza, José Miguel. El problema de las drogas en las Américas. CICAD/OEA. 2013. Disponible en:

http://www.cicad.oas.org/Main/Template.asp?File=/drogas/elinforme/default_SPA.asp

Jellinek, EM, [Phases of alcohol addiction](#), *Quarterly Journal of Studies on Alcohol* 1952 13:4, 673-684.

<http://www.jsad.com/action/showCitFormats?doi=10.15288%2FQJSA.1952.13.673>

Khon, R., Saxena, S., Levav, I., Saraceno, B. The Treatment gap in mental health care, *Bull World Health Org*; 2004, 82 (11):858-871.

Koob GF, Volkow N. Neurocircuitry of addiction. *Neuropsychopharmacology*, 2010; 35(1):217–38.

Koob GF, Volkow N. Neurobiology of addiction: a neurocircuitry analysis. *The Lancet*, 2016; 3: 760–73.

Kilmer, B. The “10 Ps” of Marijuana Legalization *Berkeley Review of Latin American Studies*, Spring 2015, p 53-57.



This project is funded by
the European Union

Del Olmo, R. La conexión criminalidad violenta/drogas ilícitas: Una mirada desde la criminología. En: Hopenhayn M, comp. La grieta de las drogas. Desintegración social y políticas en América Latina. Santiago de Chile: Naciones Unidas/CEPAL: 83-88. 1997.

Fischer, B., Foxcroft, D., Humphreys, K. et al. Drug policy and the public good. Londres: Oxford University Press, 2010.

Goldstein, P.J. 1985, the drugs/violence nexus: a tripartite conceptual framework: Journal of Drug Issues 15, 493-506.

Guzmán, D.E. Las Cortes de Drogas. Los alcances y retos de una alternativa a la prisión. 2012. International Drug Policy Consortium. A global network promoting objective and open debate on drug policy.

Insulza, José Miguel. El problema de las drogas en las Américas. CICAD/OEA. 2013. Disponible en:

<http://www.cicad.oas.org/Main/Template.asp?File=/drogas/elinforme/defaultSPA.asp>

Lopez-Quintero, C., Pérez de los Cobos, J., Hasin, DS., Okuda, M., Wang, S., Grant, BF., et al. Probability and predictors of transition from first use to dependence on nicotine, alcohol, cannabis, and cocaine: results of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). Drug Alcohol Depend. 2011; 115(1-2):120-130.

Medina-Mora. ME., Real T., González, H., Robles R., Martínez. N. Adicciones. De la Fuente, Salud Mental y Medicina Psicológica, 2ª edición, capítulo 24.

Medina-Mora, M.E.; Borges-Guimaraes, G.; Lara, C.; Ramos-Lira, L.; Zambrano, J.; Fleiz-Bautista, C.: "Prevalencia de sucesos violentos y de trastorno por estrés post traumático en la población mexicana". Salud Pública de México, 2005; 47(1):8-22.

Medina-Mora. ME., Real T., González, H., Robles R., Martínez. N. Adicciones. De la Fuente, Salud Mental y Medicina Psicológica, 2ª edición, capítulo 24, 254, 267 2011

Medina Mora, ME., Monteiro, M., Room, R., Rehm, J., Jernigan, D., Sanchez Moreno, D., Rea, T. Alcohol Use and Alcohol Use Disorders in Mental, Neurological and substance use disorders. World Bank, 2016

Mora, J., Ortega, M., Medina-Mora, ME. Addiction-Related Stigma and Discrimination: A Qualitative Study in Treatment Centers in Mexico City. Substance Use and Misuse 2016; 52(5):1-10.



This project is funded by the European Union

Monteiro, M.G. Alcohol y salud pública en las Américas: un caso para la acción. 2007. Washington, D.C: OPS.

Moreno, L. desde las fuerzas mágicas hasta Roberto Koch: un enfoque epidemiológico de la tuberculosis. Rev Inst Nal Enf Resp Méx 2004; Vol. 17(2):117-125.

Muñoz, F., López-Acuña, D., Halverson, P., Guerra de Macedo, C., Hanna, W., Larrieu, M. et al. Las funciones esenciales de la salud pública: un tema emergente en las reformas del sector de la salud Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 2000,8(1/2). 2.

Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo Sostenible. 17 Objetivos para Transformar Nuestro Mundo. Objetivo 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades. (2016c). Disponible en:

<http://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>

National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. 2017. The health effects of cannabis and cannabinoids: The current state of evidence and recommendations for research. Washington, DC: The National Academies Press. doi:10.17226/24625.

NIDA (2003). Preventing Drug Use among Children and Adolescents (In Brief). Retrieved April 12, 2017, from <https://www.drugabuse.gov/publications/preventing-drug-use-among-children-adolescents-in-brief>

Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. 500 Consejo Directivo, 62ª Sesión del Comité Regional. Resolución CD50.R2. Estrategia sobre el Consumo de Sustancias Psicoactivas y la Salud Pública. (2010) Disponible en: <http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/CD50.R2-s.pdf?ua=1>

Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Piden considerar la evidencia científica y el enfoque de salud pública a la hora de formular o modificar políticas de drogas. 55o Consejo Directivo. 2016. Disponible en: http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=12552%3Aconsiderar-evidencia-cientifica-enfoque-salud-publica-formular-politicas-drogas-&catid=8883%3A55-dc-events&Itemid=42100&lang=es

Pérez, C. y Azóala, E. Resultados de la Primera Encuesta realizada a Población Interna en Centros Federales de Readaptación Social. 2012. Centro de Investigación y Docencia Económicas



This project is funded by
the European Union

Room, R. Stigma, social inequality and alcohol and drug use. *Drug Alcohol Rev* 2005; 24:143–155.

Stevens, A. *Drugs crime and public health. The political economy of drug policy.* 2011. Routledge Taylor & Francis Group.

Stineman, M y Streim, J. The Biopsychological Paradigm: A Foundational Theory for Medicine *PM R.* 2010; 2(11): 1035–1045. doi:10.1016/j.pmrj.2010.06.013.

Strang, J., Babor, T., Caulkins, J., Fisher, B., Foxcroft, D., Humphreys, K., Drug policy and the public good: evidence for effective Interventions *Lancet* 2012; 379: 71–83

Tol, W. Stemming the tide: promoting mental health and preventing mental disorders in low- and middle-income countries. *Global Mental Health*, 2015; 2(e11):1- 10. doi:10.1017/gmh.2015.

United Nation General Assembly Special Session on Drugs (UNGASS). Special session of the United Nations General Assembly on the World Drug Problem. Outcome Document. Our Joint Commitment to Effectively Addressing and Countering the World Drug Problem. Thirtieth Special Session General Assembly. New York, 19-21 April 2016.

United Nations Office of Drug and Crime. Informal Scientific Network Statement: United Nations General Assembly Special Session on Drugs (UNGASS). 2016b.

United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). *World Drug Report 2014. Recent Statistics and Trend Analysis of the Illicit Drug Market.* 2014. Disponible en: https://www.unodc.org/documents/wdr2014/ATS_NPS_2014_web.pdf12.

United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). *World Drug Report 2015.* United Nations Publications. 2015. New York.

United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). *Global Study on Homicide, Trends, Contexts, Data.* United Nations Office on Drugs and Crime. 2013. Vienna, Austria.

United Nations of Drugs and Crime (UNODC). *A Century of International Drug Control.* United Nations. 2008 Viena, Austria. Disponible en: http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/Studies/100_Years_of_Drug_Control.pdf

U.S. Department of Health and Human Services (HHS), Office of the Surgeon General, *Facing Addiction in America: The Surgeon General's Report on Alcohol, Drugs, and Health.* Washington, DC: HHS, November 2016c.



This project is funded by
the European Union

Volkow, N., Koob, G., Brain Disease Model of Addiction: Why is it so controversial? *Lancet Psychiatry*. 2015; 2(8): 677–679.

Volkow, N., Koob, G. Brain Disease Model of Addiction: why is it so controversial? *Lancet Psychiatry*. 2015; 2(8): 677–679.

World Health Organization (WHO). Selected tobacco control policies Global Health Observatory (GHO). 2014. Disponible en: <http://www.who.int/gho/tobacco/en/>

World Health Organization (WHO). Tobacco fact sheet. Key facts. 2016. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/en/>

World Health Organization (WHO). Lexicon of alcohol and drug terms. Consultado: abril, 2017. Disponible en: http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/