

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
Facultad de Economía y Relaciones Internacionales

Programa de Doctorado en Estudios del Desarrollo Global



Tesis:

“Políticas públicas en materia de tratamiento y rehabilitación de mujeres fármaco dependientes en México y Colombia”

Para obtener el grado de Doctora en Estudios de Desarrollo Global

Presenta:

Daniela Coronado Medrano

Directora de tesis:

Dra. Martha Cecilia Jaramillo Cardona

Tijuana, B.C. Mayo, 2017

Contenido

- 1. Introducción**
- 2. Capítulo I. Fundamento teórico de las políticas públicas encaminadas al tratamiento y rehabilitación de adicciones**
- 3. Capítulo II. ¿La adicción tiene género?**
- 4. Capítulo III. Lineamientos internacionales sobre el tratamiento y rehabilitación de mujeres fármaco dependientes**
- 5. Capítulo IV. Políticas públicas en materia de tratamiento y rehabilitación de mujeres fármaco dependientes en México**
 - 5.1.1. Orden Federal
 - 5.1.2. Orden Estatal
 - 5.1.3. Orden Municipal
 - 5.1.4. Centros de Rehabilitación y Tratamiento en Tijuana
 - 5.1.4.1.1. Comunidad Terapéutica de Rehabilitación y Reinserción Social de la Mujer Migrante, COTRRSAMM
 - 5.1.4.1.2. Centros de Integración Juvenil, CIJ
 - 5.1.4.1.3. Centro de Integración, CIRAD
 - 5.1.5. Mujeres fármaco dependientes en recuperación o tratamiento
 - 5.1.6. Esquema de dependencias que participan en el tema de adicciones en México.
- 6. Capítulo V. Políticas públicas en materia de tratamiento y rehabilitación de mujeres fármaco dependientes en Colombia**
 - 6.1.1. Orden Nacional
 - 6.1.2. Departamentos
 - 6.1.3. Municipios
 - 6.1.3.1.1. Centros de Atención Médica a Drogodependientes, CAMAD
 - 6.1.4. Regulación del Cannabis medicinal en Colombia
 - 6.1.5. Esquema de dependencias que participan en el tema de adicciones en Colombia.
- 7. Capítulo VI. Conclusiones y recomendaciones**
- 8. Referencias bibliográficas**

Introducción

Las adicciones son una realidad que nos oprime en el mundo actual, aunque a lo largo de la vida del ser humano siempre han existido. En general, son relacionadas con el consumo de sustancias ilegales, pero exceden ese campo siendo también vinculadas a los excesos de sustancias legales, como el alcohol, el tabaco y hasta la comida; a los juegos de azar, al consumo de bienes, a la tecnología, a los tratamientos estéticos, al sexo, el estudio, entre otros. Es importante reconocer que el consumo ilegal surge de una política de prohibición que criminaliza el consumo de ese tipo de sustancias.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (2010) el término adicción es definido como “una enfermedad física y psicoemocional que crea una dependencia o necesidad hacia una sustancia, actividad o relación”. La adicción como cualquier otra enfermedad debe ser atendida por el Estado, y debe ser vista como un tema de salud pública. Sin embargo, este tema lleva implícito diversos temas, tales como seguridad pública, económica, perspectiva de género inclusive hasta el tema político.

La adicción a las drogas licitas e ilícitas en el mundo apuntala no solamente a los hombres sino también a las mujeres, se ha convertido en un problema endémico. Para efectos de este trabajo se pondrá énfasis en la adicción a drogas licitas e ilícitas en mujeres de México y Colombia. Y de manera paralela, se dará principal atención en la intervención del Estado en la resolución de dicha problemática.

De acuerdo al Informe mundial 2014 de la oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y Delito, la brecha de consumo entre hombres y mujeres en los países en desarrollo empieza a cerrarse derivado de la desaparición de barreras socioculturales y de una mayor igualdad de género. Los espacios para la rehabilitación y tratamiento a nivel mundial son insuficientes; especialmente para las mujeres enfermas adictas.

Únicamente seis de cada diez usuarios de drogas tiene acceso a tratamientos específicos para el problema¹. Existe menor representación de la mujer en el tratamiento y son

¹ De acuerdo al informe mundial de adicciones 2014.

pocos los estudios que analizan las diferencias de género en relación con el acceso a los servicios de tratamiento a nivel mundial.

Por otro lado, en México la Encuesta Nacional de Adicciones 2013 hace énfasis en los siguientes puntos: a) Se ha incrementado en todas las entidades federativas y en el Distrito Federal (ahora Ciudad de México) el uso y abuso de sustancias adictivas; b) Se ha reducido la edad en el inicio de consumo de sustancias; c) Hay una transición en la incidencia de las sustancias de inicio y las de impacto: cada vez más se registra un mayor uso de cocaína y otras drogas sintéticas; y d) Hay un acelerado incremento en el número de mujeres (y en particular las más jóvenes) que consumen sustancias adictivas.

El Centro Nacional para la prevención y el control de adicciones en México asevera que los programas de prevención y tratamiento en México se han diseñado para el género masculino. Y que es un hecho que las mujeres acuden menos a tratamiento por consumo de alcohol y drogas, esto derivado de su naturaleza biológica-emocional, por aspectos culturales y por la ausencia de espacios para su tratamiento y rehabilitación.

La información epidemiológica del consumo de drogas, si bien permite contar con un panorama general del consumo de drogas en mujeres, no permite ahondar en las diferencias de las mismas debido a que en algunos casos son divergentes. Es por ello que resulta importante estudiar a las consumidoras de drogas tomando en cuenta características que permitan proporcionar información sobre necesidades específicas.

Esto con la finalidad de avanzar en el desarrollo de una mejor atención en la prevención y en el tratamiento para las mujeres en instituciones especializadas es importante ofrecer evidencias de las diferencias significativas entre las mujeres y los hombres que deciden acceder a tratamiento en los diversos centros de tratamiento y rehabilitación. Las diferencias a las que me refiero van desde la edad de inicio de consumo, tipo de droga que consumen, problemas familiares, problemas de salud y sociales, edad de ingreso algún tratamiento, fue voluntario recibir algún tratamiento, tienen pareja, son madres, trabajan, cuentan con alguna oficio.

La Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito² que señala que la política internacional debe plantear la aplicación de tratamientos específicos con mujeres que consumen sustancias ilícitas y que los programas de reducción de la demanda del consumo de drogas deberían estar concebidos de modo que respondan tanto a las necesidades de la población en general como a las de determinados grupos de la población.

En Colombia a través del observatorio de drogas de Colombia se ha encontrado que; a) el consumo está creciendo y se está diversificando; b) cada departamento presenta su peculiaridad; c) tiene los consumos más altos en la mayoría de las sustancias en la población universitaria; d) el alcohol y el tabaco son utilizados por la mitad de la población y la quinta parte de la población se encuentra en situación de riesgo o con adicción; e) aumento en el consumo de heroína, LSD y drogas emergentes; f) incremento del consumo de drogas ilícitas por parte de mujeres principalmente estudiantes universitarias.³

La información demuestra que la brecha es mínima en relación al consumo por género tanto en México como en Colombia. En México, la exposición al consumo en mujeres se encuentra entre los 12 y 25 años de edad. Las variables de oportunidad de exposición al consumo pueden ser muy diversas, van desde el no acudir a la escuela, trabajar y ser madre a temprana edad, tener pareja que consuma o algún familiar o amigo muy cercano, entre otros.

Las adicciones son tratadas en gran medida desde una visión encubierta por el modelo tradicional de los roles masculino y femenino, todavía vigente en nuestra sociedad; a pesar de las diversas transformaciones sociales que se han vivido se percibe el consumo de drogas tanto lícitas como ilícitas por parte de las mujeres como un comportamiento inapropiado. Consumir drogas se considera una conducta masculina, coherente con un estereotipo que durante años presentó el uso de drogas como cosa de hombres.

Un problema importante a la hora de hacer frente a los riesgos que supone el consumo de drogas es considerar a la población (adicta) como un conjunto homogéneo, en el que domina la perspectiva masculina, ofreciendo las mismas respuestas a hombres y muje-

² Tratamiento del abuso de sustancias y atención para la mujer: Estudios monográficos y experiencia adquirida. Nueva York: Naciones Unidas; 2005.

³ Estudio Nacional de consumo de Sustancias psicoactivas en población escolar 2012.

res. El resultado de todo ello es que la respuesta social al consumo de drogas por parte de las mujeres es totalmente inadecuada.

La atención al consumo y por ende al tratamiento y rehabilitación de las mujeres vinculadas a las adicciones de drogas es ignorada, rechazada o sancionada socialmente. Las consecuencias o problemas que se derivan de los consumos son diferentes en hombres y mujeres. El contexto social favorece las diferencias de género en la forma de consumir y en las expectativas sociales que los consumidores generan.

Es por ello que incorporar la perspectiva de género a la hora de hacer frente a los retos y problemas que plantean las drogas permite comprender las relaciones específicas que hombres y mujeres mantienen con las drogas, sus semejanzas y diferencias. Es decir, la perspectiva de género ayuda a entender por qué hombres y mujeres tienen motivaciones y consecuencias de consumo diferentes. La perspectiva de género implica una relación equitativa en ambos sexos y respetar las diferencias biológicas; contribuyendo a la comprensión en la relación hombre-mujer.

Las políticas públicas dirigidas a las mujeres implementadas por los gobiernos mexicanos y colombianos en los últimos 30 años son producto de una constante lucha por el reconocimiento de los derechos humanos, la no violencia, la equidad y la justicia. La concepción más actual de las políticas de género, busca que las desigualdades no sean un tema, sino un principio que oriente en el diseño de las políticas públicas en diferentes áreas de acción. Sin embargo, las condiciones no se han dado en su totalidad principalmente en el tema de rehabilitación y tratamiento de adicciones.

Es por ello que el presente documento genera una reflexión respecto a las políticas públicas en materia de rehabilitación y tratamiento de las mujeres enfermas adictas en México y Colombia. Considerando que existen obstáculos para el diseño e implementación de las mismas, tales como: falta de compromiso y voluntad política, falta de sensibilización de las autoridades, carencia de presupuesto, falta de conocimiento de las estrategias de la transversalidad y el gender mainstreaming.

Las variables que se consideran son: a) variable dependiente: “Tratamiento y rehabilitación de mujeres adictas en México y Colombia” y b) variable Independiente: “Políticas públicas con perspectiva de género en México y Colombia”. Las acciones concretas

encaminadas a atender las necesidades diferenciadas de mujeres y hombres reconociendo las inequidades que existen basadas en el género. En México y Colombia no son reconocidas, partiendo del hecho de que no existe un programa que atienda exclusivamente la adicción de las mujeres.

En Colombia los Centros de atención médica para adictos a drogas (CAMAD) iniciaron su operación a partir del 17 de septiembre 2012⁴; el objetivo de estos centros de atención es la entrega de drogas ilícitas a los ciudadanos adictos con la finalidad de atender la ansiedad y se les abre un historial clínico, si quiere tratamiento de rehabilitación el gobierno de Bogotá les ofrece alimento, vestimenta y el tratamiento de manera gratuita. Sin embargo, no existe un programa dirigido específicamente a las mujeres adictas que desean recuperarse y tratar su adicción.

En México, los Centros Nueva Vida (323 hasta la fecha) dan únicamente atención primaria y atención preventiva a los niños y jóvenes que tienen riesgo de sufrir alguna adicción esto a través de los centros educativos. De manera paralela existen institutos contra las adicciones en el Estado de México⁵, en el Distrito Federal⁶, en Jalisco, en Pachuca y en Tijuana⁷. Sin embargo, ninguna de las instituciones mencionadas cuenta con un programa o línea de acción encaminada a la atención de las mujeres con perspectiva de género.

De acuerdo al informe mundial de adicciones 2014 son insuficientes los espacios para la rehabilitación y tratamiento a nivel mundial y especialmente para las mujeres enfermas adictas. Existe mayor prevalencia del uso y abuso de tranquilizantes, sedantes y estimulantes por parte de las mujeres a nivel mundial. Menor representación de la mujer en el tratamiento y son pocos los estudios que analizan las diferencias de género en relación con el acceso a los servicios de tratamiento. El consumo de drogas ilícitas tiende a ser mayor en las zonas urbanas de las ciudades y en los sectores más pobres de la sociedad.

⁴ Es importante resaltar que de acuerdo al Informe mundial de drogas 2014, del 2005 al 2014 el consumo de drogas en Colombia ha disminuido.

⁵ El Instituto mexiquense contra las adicciones cuenta con 16 centros de atención primaria en todo el Estado y una línea de ayuda. Sus principales programas están encaminados a la prevención de adicciones y al tratamiento del alcoholismo y adicción al tabaco, sin perspectiva de género.

⁶ Creado el 11 de febrero del 2013.

⁷ El Instituto municipal contra las adicciones de Tijuana de reciente creación (5 de diciembre del 2013) no cuenta con ninguna política pública en materia de prevención, rehabilitación y tratamiento de adicciones con perspectiva de género.

Con la globalización⁸ la sociedad latinoamericana ha sufrido transformaciones propias del fenómeno tales como la liberación sexual, el consumismo, cambio en el rol de la mujer en el hogar y principalmente en la sociedad, principalmente su incorporación a la fuerza laboral. La fuerza de la historia, el peso de la tradición de la mujer que se ha ido heredando y transmitiendo de generación a generación ha podido remover algunos aspectos de la expectativa principal de ser mujer: casarse, tener hijos y atender únicamente al hogar.

Gary Becker⁹ muestra cómo durante el siglo XX la entrada masiva de la mujer casada al mundo laboral ha aumentado los ingresos de la familia, pero ha disminuido el tiempo asignado a los hijos, así como el interés de aumentar el número de hijos, es decir, se opta por menos hijos mejor educados. Lo anterior ha llevado a que las familias paguen el precio del nuevo rol de la mujer en la sociedad latinoamericana. Las familias han sufrido muchas transformaciones, algunas terribles que en consecuencia han resultado en sociedades que no han logrado entender dichos cambios y no por ende no se han adaptado. La mujer latinoamericana sigue adoptando y adaptando su rol de madre, esposa, trabajadora y ama de casa a las circunstancias del nuevo mundo.

Las mujeres se han incorporado en campos laborales cada vez más diversificados, generando con ello multiplicidad de oportunidades de vida y de estrés. Lo que ha llevado al incremento del consumo de drogas lícitas e ilícitas de la mujer. La justificación está asociada a la búsqueda de lograr los diversos nuevos roles, como aguantar el estrés en el trabajo, ser más efectiva con sus hijos, para levantarse, dormirse, relajarse, para poder tener relaciones sexuales, para perder peso, pagar alivianar la fatiga o la frustración.

Derivado de lo anterior surge la siguiente pregunta de investigación *¿Por qué no hay en México y Colombia una política pública de tratamiento y rehabilitación de adicciones diferenciada y focalizada a las características específicas de las mujeres farmacodependientes?* Este proyecto pretende identificar y valorar el alcance e impacto de las políticas

⁸ John Gray en su libro Falso amanecer: Los engaños del capitalismo global, explica que la globalización se refiere a la interconexión cada vez mayor de la vida económica y cultural de partes distantes del mundo.

⁹ En su libro "Tratado sobre la familia" (1987)

públicas encaminadas al tratamiento y rehabilitación de mujeres fármaco dependientes en México y Colombia.

Para ello se propone:

- a) Identificar las políticas públicas encaminadas al tratamiento y rehabilitación de mujeres fármaco dependientes en México y Colombia.
- b) Valorar el alcance e impacto de las políticas públicas encaminadas al tratamiento y rehabilitación de mujeres fármaco dependientes en México y Colombia.

Se considera que la comprensión de la especificidad de la práctica terapéutica es indispensable para valorar el trabajo realizado en los centros de rehabilitación de mujeres fármaco dependientes en ambos países. En definitiva, se espera que los resultados obtenidos mediante la investigación aquí planteada contribuyan a construir espacios de diálogo y participación que redunden en una mejor política pública de atención terapéutica a la fármaco dependencia con una perspectiva de género.

Como hipótesis central del documento establecemos que en México y Colombia las instituciones encargadas de diseñar e implementar políticas públicas en materia de rehabilitación y tratamiento de adicciones para mujeres, no tienen claridad en el problema convirtiéndolo en una cuestión de invisibilidad y fuera del esquema de problema público. Y para llevar a cabo este proceso, se propone utilizar las herramientas clásicas de la perspectiva cuantitativa y cualitativa para conocer la percepción de los actores involucrados, a través de las siguientes técnicas:

- a) Entrevistas a profundidad.
- b) Entrevistas semi estructuradas.
- c) Revisión de documentos.
- d) Análisis estadístico.

En esta investigación la población sujeta de estudio está conformada por:

1. Mujeres fármaco dependientes en tratamiento y rehabilitación.
2. Autoridades responsables de implementar políticas públicas en materia de tratamiento y rehabilitación de las adicciones en ambos países.

3. Directivos de los centros de rehabilitación en donde, se albergan mujeres fármaco dependientes.
4. Planes, programas y acciones gubernamentales de ambos países.
- 5.- Programas internacionales relacionados con el tratamiento y rehabilitación de mujeres fármaco dependientes.

Capítulo I. Fundamento teórico de las políticas públicas encaminadas al tratamiento y rehabilitación de adicciones.

En América Latina, en un contexto de globalización económica y política, aunado a las exigencias nacionales, regionales y locales han puesto al Estado frente a nuevas problemáticas. Y de la mano con esta nueva agenda pública, nuevos actores con posiciones, intereses y objetivos particulares que hay que considerar para la toma de decisiones.

El concepto de políticas públicas obliga a generar definiciones con diversos significados y énfasis distintos. Que van desde considerar en absoluto la vida del Estado, hasta la posibilidad de considerar ciertos tipos de acción pública, que en ocasiones dejan de fuera dimensiones muy importantes de la interacción Estado y Sociedad.

Algunos, como Somit y Tanenhaus (1967) han considerado a la política pública como “la totalidad de la acción gubernamental” y para Brewer y de León (1983) han considerado a estas como “las decisiones más importantes de una sociedad y que consta de un proceso conformado por sistemas y niveles, articulado en seis etapas: iniciación, estimación, selección, implementación, evaluación y terminación”.

Las políticas públicas entendidas como programas de acciones, representan la realización concreta de decisiones, el medio usado por un actor en particular llamado Estado, en su voluntad de modificar comportamientos mediante el cambio de las reglas de juego operantes hasta entonces (Roth, 2006) Las políticas públicas reflejan la distribución del poder del Estado así como las funciones de éste; de tal manera las políticas públicas se convierten en el medio para describir el comportamiento institucional.

Es por ello que para el desarrollo de este trabajo la acepción que se encuentran implícita en el término política, será a la que le daremos énfasis. Y que hace alusión a la política como designación de los propósitos y programas de las autoridades públicas, “policy makers” en inglés. En la literatura especializada existen varias definiciones del concepto de política pública.

Para Luis F. Aguilar (2009) “Una política pública es: a) un conjunto de acciones, estructuradas en modo intencional y causal, que se orientan a realizar objetivos considerados

de valor para la sociedad o a resolver problemas cuya solución es considerada de interés o beneficio público; b) acciones cuya intencionalidad y causalidad han sido definidas por la interlocución que ha tenido lugar entre el gobierno los sectores de la ciudadanía; c) acciones que han sido decididas por autoridades públicas legítimas; d) acciones que son ejecutadas por actores gubernamentales o por estos en asociación con actores sociales (económicos o civiles); y e) que dan origen o forman un patrón de comportamiento del gobierno y la sociedad”.

Meny y Thoening (1989) proponen una definición próxima; para ellos la política pública (PUBLIC policy) es “la acción de las autoridades públicas en el seno de la sociedad”, luego, según los mismos autores (1989) la política pública se transforma en “un programa de acción de una autoridad pública” Para Dubnick (1983) la política pública “está constituida por las acciones gubernamentales -lo que los gobiernos dicen y hacen con relación a un problema o una controversia (issue)-.

Por otro lado, para Muller y Surel (1998) consideran una política pública “designa el proceso por el cual se elaboran y se implementan programas de acción pública, es decir, dispositivos político-administrativos coordinados, en principio, alrededor de objetivos explícitos”.

Para Lasswell (1951) “las políticas públicas no son decisiones aisladas o coyunturales, son un sistema correlacionado, planeado y por tanto racional de decisiones, es decir, acciones que se generan bajo el principio de racionalidad”. Y en relación directa con el principio de causalidad, sugiere una intencionalidad inicial de la que derivan acciones específicas. La relación Estado y Sociedad como actores que definen el problema convirtiéndolo en público, en donde, se visualiza, se agenda y se atiende de una manera legítima.

El autor colombiano Salazar (1999) ha definido la política pública como “el conjunto de sucesivas respuestas del Estado (o del gobierno en específico) frente a situaciones consideradas socialmente como problemáticas”. Sin embargo ésta última acepción de política pública me parece que se restringe, ya que considera la acción del Estado como reactiva a eventos exteriores a él.

En este sentido, la política pública existe siempre y cuando las instituciones estatales se ocupen total y parcialmente de la tarea de lograr objetivos valorados como deseables y necesarios; esto a través de un proceso propuesto para cambiar un estado de las cosas apreciado como problemático. Sin embargo, las políticas públicas persiguen objetivos que no son exactamente las respuestas a las demandas sociales. Y hay que considerar que ni el Estado es una entidad monolítica, sino por el contrario representa una diversidad de intereses y la sociedad tampoco es unívoca en sus definiciones y planteamientos.

Por ejemplo, el Instituto municipal contra las adicciones en Tijuana, tiene por objeto “Elaborar e implementar las políticas públicas destinadas a atender, apoyar, promover y mejorar las condiciones de vida de la población vulnerable a las adicciones”¹⁰ Es de carácter reactiva y no de tipo preventiva, atiende enfermos adictos en recuperación y no a la población en riesgo.

Y la demanda social de los tijuaneños va más allá de la población vulnerable. Es necesario atender a las personas que no consumen y se encuentran en situación de riesgo, a los consumidores para evitar empeorar su situación de salud, y a las personas que desean rehabilitarse. Es decir, la demanda social es la prevención, tratamiento, rehabilitación, reinserción y reducción de daños sobre el consumo de drogas.

La política pública se transforma en un programa de acción de una autoridad pública (Merino, 2013). Una política pública es la intervención del Estado para afrontar un problema público socialmente aceptado como tal, en donde, el Estado es el actor principal. Lo anterior derivado de que el Estado tiene tres principales cualidades: a) La facultad de imperio y normativo, es decir, establece las reglas; b) Puede exigir tributos de manera legítima y c) Cuenta con una organización política superior que lo llena de legitimidad.

Gobernar implica seleccionar problemas públicos para resolverlos. Problemas definidos por todos los actores, asumiendo con ello la participación de la sociedad (actores privados) en las políticas públicas. El problema público es una situación del mundo que se entiende como inaceptable por uno o varios grupos y debe modificarse para mejorar la vida

¹⁰ Reglamento interior del Instituto municipal contra las adicciones en su artículo 3 fracción I.

en comunidad. Esta acción es responsabilidad de la sociedad, incluidos los actores privados, lo cual es esencial.

E implica la generación de una hipótesis de lo que se cree funcionará para resolver un problema. La generación de un curso de acción que lleva implícito autoridad, recursos (materiales, financieros y humanos) organización e información. Tal como lo ha mencionado Merino (2013) Los atributos para la definición de un problema público, son: a) Transversalidad, b) publicidad (puede ser generalizado o excluyente) , c) Escala y resolubilidad , es decir, quién atiende el problema y d) Complejidad (riesgo e incertidumbre)

Los elementos claves para la formulación de políticas públicas en materia de tratamiento y rehabilitación, es la aceptación de los diversos tipos de usos de drogas (legales e ilegales) Así como la distinción en la frecuencia (frecuente y ocasional) y efectos del consumo frente a la sociedad (problemáticos o no problemáticos) Y de igual manera es importante identificar los factores de riesgo y de protección que contribuyen a los diversos usos problemáticos de sustancias. Y en este sentido, la respuesta del Estado debe ser diferenciada, de acuerdo al tipo de consumo, sustancia y género.

De manera paralela hay que considerar que la acción gubernamental se lleva a cabo para y a través de la participación social. Las políticas públicas son un conjunto de decisiones planeadas con la participación, y legitimación, de autoridades representativas del Estado junto con representantes de la sociedad (Salazar, 1999) Es una dinámica de interrelación e interacción con las formas de gobierno, que demanda respuestas a las diferentes necesidades sociales.

La participación social se conforma como un hecho socio-político, que permite a las sociedades expresarse y manifestarse, en la exigencia de sus derechos humanos y ciudadanos, en la construcción de una sociedad con objetivos nuevos y primordiales como son: el incremento de la calidad de vida, la perspectiva de género en la vida social y política, el desarrollo social, entre otros (Chávez, 2010).

Es por ello, que concebimos a la política pública como una construcción social que se convierte en un conjunto de uno o varios objetivos considerados necesarios o deseables; que a través de medios y acciones concretas e institucionales son abordados con la finalidad de orientar, transformar, mejorar y en ocasiones hasta de modificar el comportamiento de los diversos actores. Es decir, buscan impactar una situación percibida como problemática o de mejora y útil para la sociedad.

Por ejemplo, el cannabis (o marihuana) es una de las sustancias psicoactivas más consumidas en el mundo. De acuerdo al Informe Mundial sobre las Drogas de la ONU, durante el 2014 183 millones de personas utilizaron cannabis, lo que representa el 3,8% de la población mundial. Esta sustancia se encuentra sujeta al Sistema de Fiscalización Internacional de Estupefacientes y Psicotrópicos de Naciones Unidas y su cultivo fue comunicado por 129 países; siendo dentro de ellas, la más consumida.

A diferencia de otras sustancias sujetas a fiscalización cuya producción se ubica en alguna región en particular, el cultivo, producción y consumo de cannabis se encuentra difundido por todo el mundo. Sin embargo, existen países que históricamente aparecen como productores regionales o tienen una mayor historia o vínculo con la planta. En el continente Americano así ocurre con México, Jamaica, Paraguay y/o Colombia.

Los planteamientos sobre la necesidad de regulación del mercado de cannabis se vienen produciendo desde hace años. El crecimiento del movimiento de usuarios y cultivadores ha logrado poner sobre la mesa el tema en el orden social, político y mediático. En algunos casos han producido reformas, tal como ocurrió en Uruguay, donde se decidió regular el mercado de cannabis con cualquier finalidad. No obstante, en varios de los países las reformas se han limitado a regular sistemas de acceso al cannabis con fines medicinales o terapéuticos.

En este sentido, es importante considerar que pese a que organizaciones cannábicas y sociales han logrado agendar el tema, en la mayoría de los países las reformas aún se encuentran pendientes o han resultado insuficientes. La inclusión de familiares de usuarios de cannabis con usos medicinales y terapéuticos ha contribuido a dar un empuje al movimiento y a sensibilizar tanto a los actores políticos como a la sociedad en su conjunto. Tal es el

caso en México de la niña Grace considerada por muchos “Pionera de la marihuana medicinal en México”¹¹

Los padres de la menor lograron que la justicia suspendiera la prohibición gubernamental de importar un jarabe de cannabis, a través de la Comisión Federal para la protección contra riesgos sanitarios (Cofepris, oficina del Gobierno federal que decide qué medicamentos pueden importarse y cuáles no) Grace, que hace unos años desarrolló el síndrome de Lennox-Gastout, un tipo de epilepsia especialmente agresiva. Grace, que tiene ocho años, llegó a sufrir 400 convulsiones al día. Raúl Elizalde padre de la menor ha dicho que gracias al jarabe, las crisis de Grace se han reducido en un 80%.

Las políticas públicas son el método de gobierno propio de una democracia representativa que supone la existencia y reconocimiento de un pluralismo político. Y de acuerdo a Andre-Noel Roth las posturas teóricas relacionadas con el Estado y las políticas públicas son: las teorías centradas en la sociedad, las que se centran en Estado y las mixtas o intermedias. Las primeras consideran al Estado una variable dependiente de la sociedad. Se refieren a las relaciones de fuerzas entre, según unos, las diferentes clases, fracciones de clases o naciones y, según otros, entre individuos y grupos que determina la elección de las políticas desarrolladas por las instituciones gubernamentales.

Las teorías centradas en el Estado, lo ponen como una variable independiente de la sociedad. Es decir, la acción pública es principalmente el resultado de las elecciones realizadas por los tomadores de decisiones políticos y por los altos funcionarios públicos. Son ellos quienes deciden a que demandas le dan atención y quién se encargará de atenderlas.

Existe el tercer grupo las denominadas mixtas o intermedias, que “rechaza de un lado el racionalismo economista o social que predomina en el primer grupo y, por el otro lado, se niega también a ver a la sociedad como sometida a un Estado que se encuentra, además, cautivo de una minoría (Meny, Thoenig, 1992) Es importante señalar que existe al interior de este enfoque un gama muy diversa de posturas ideológicas.

¹¹ Periódico el país, 19 de abril del 2016.

Una de las ideologías presentes en este enfoque es la neocorporativista, la cual de acuerdo con Schmitter es “un sistema de representación de intereses en el cual las unidades constitutivas se organizan en un número limitado de categorías únicas, obligatorias, no competitivas, organizadas de manera jerárquica y diferenciadas a efectos funcionales, reconocidas o autorizadas por el Estado, que les concede deliberadamente el monopolio de la representación dentro de sus categorías respectivas” (Meny y Thoenig, 1992)

Por lo que las políticas públicas se conciben como el resultado de una negociación entre el Estado y los representantes de los grupos involucrados. En este sentido, Centros de Rehabilitación y tratamiento de adicciones en México y Colombia obedecen a esta lógica de negociación. Los directivos de los Centros de Rehabilitación con la finalidad de obtener mayor recurso económico prestan a los enfermos adictos en recuperación en periodos electorales para el apoyo en campañas. Así como en apoyo en la limpieza de la ciudad, eventos públicos y manifestaciones.

La teoría de entramado define a una red como “un conjunto de relaciones de un tipo específico (por ejemplo la colaboración, el apoyo, el control o la influencia) entre un conjunto de actores (Lazeaga, 1994) Las políticas públicas desde esta visión se conciben como el resultado de interrelaciones e interdependencias entre varias instituciones tanto públicas como privadas, grupos e individuos que representan una red de influencia mutua y en donde las jerarquías formales no siempre son las que detallan.

En el ámbito internacional, nacional, regional y local han aparecido un sinnúmero de grupos de carácter civil, que le han dado una nueva estructura y proyección a la participación de la ciudadana en la resolución de problemas sociales, ecológicos, económicos y políticos de diversos sectores de la sociedad. “Estos grupos forman parte de la sociedad civil y una de sus manifestaciones actuales es el surgimiento y desarrollo de una serie de redes, tanto nacionales como regionales e internacionales; que van construyendo relaciones no clientelares y no verticales entre actores sociales, actores e instituciones políticas, instituciones y prácticas del mercado en los países democráticos” (Toledo, 1999:49).

En México y Colombia los organismos no gubernamentales representan un sector de la sociedad civil que ha venido ganando espacios y en ocasiones han desempeñado un papel

paralelo al de las organizaciones sociales tradicionales en donde éstos no están cumpliendo con su cometido. De acuerdo con Moreno Mena (2003) esas redes buscan influir en las políticas públicas de los países de origen, pero no se limitan sólo a eso, sino que también usurpan los roles tradicionales de los gobiernos en instancias internacionales, creando una especie de diplomacia ciudadana o diplomacia social.

Es importante reconocer que el trabajo del tercer sector es limitado; algunas solamente se dedican a la asistencia y la filantropía; otras van más allá y generan procesos de promoción para el desarrollo, capacitación y educación. Sin embargo, las iniciativas ciudadanas provenientes de las ONGs siguen apareciendo aunque incipientes, sus propuestas poco a poco van ganando espacios de interlocución con el estado.

Morena Mena (2003) asegura que se pueden distinguir el cabildeo, la denuncia pública, la participación en foros, etcétera, como parte de sus estrategias para incidir en las políticas públicas. Así, la actividad de incidencia se distingue de las acciones desplegadas en función del alcance de objetivos de interés eminentemente privados o de beneficios para grupos específicos que no contribuyen al bienestar general. Las acciones de incidencia pueden resultar en cambios a nivel de las políticas, en las legislaciones que se intentan sancionar o simplemente en la puesta de algún problema en la agenda nacional.

Estas concepciones, son definidas en el contexto de un país democrático, como México y Colombia, lo que conlleva la existencia de canales de información y comunicación eficientes entre la sociedad civil y el Estado. Y en la existencia de consensos y espacios comunes de negociación (marcos jurídicos apropiados que permiten un peso específico en las decisiones políticas) No obstante, el incremento de la participación ciudadana en la solución de los problemas sociales, ha generado en ocasiones la reducción de la inversión y la responsabilidad pública frente a tales problemáticas.

De acuerdo con Marín y Mayntz (1991) “una red está conformada por un núcleo relativamente estable de actores públicos y de organizaciones privadas; son estructuras híbridas de colaboración, de enlace y de apoyo a la actividad política gubernamental”. En México dicha red de colaboración y apoyo a la actividad política gubernamental por parte de la

sociedad civil, ha quedado desprovista de fortaleza, ya que en la mayoría de los casos solo obedece a intereses económicos y carece de perspectiva de género y de laicidad.

El neoinstitucionalismo incorpora de cierta manera la elección racional, esto al considerar las preferencias de los actores que inciden en la permanencia de las instituciones. Ya que estas deberían reducir incertidumbre y ser facilitadores de satisfacción de necesidades. Por otro lado, el neoinstitucionalismo económico, parte del postulado de que no es el individuo quien tiene que adaptarse a las instituciones, sino que son las instituciones las que están obligadas a cambiar para facilitar la satisfacción de necesidades individuales (Subirats, 2008)

Esta vertiente tiende a reducir la actuación del Estado como regulador social, a favor de una regulación ofrecida por la mano invisible de las fuerzas del mercado. Siendo esta postura la que ha predominado en los últimos años a nivel internacional a través de instituciones como el Banco Mundial y el Fondo Monetario internacional. El neoinstitucionalismo sociológico establece principalmente, que los factores culturales son instituciones; ya que el comportamiento individual y las prácticas particulares le dan forma o trastornan las instituciones (Subirats, 2008)

El Estado cuenta con diversos instrumentos de intervención. Cuando se diseña una política pública el Estado decide sobre uno o varios instrumentos para su implementación. De acuerdo con el Centre d'etude de technique et d'évaluation législatives, Cetel (2000):

- a) Prescriptivos: Buscan modificar el comportamiento mediante la obligación, la interdicción y la autorización.
- b) Incentivos: La sanción que imponen no es jurídica sino puede ser moral, económica o de hecho. En este grupo de instrumentos la coerción no es física o económica sino que busca establecer una presión social o moral para cambiar un comportamiento.
- c) Coordinación: La planificación y los estudios de impacto contribuyen a esta función.

- d) Organización y procedimiento: Definen el marco en el cual se va a desarrollar el proceso de política pública.
- e) Materiales: El Estado tiene la posibilidad de proveer directamente los bienes y servicios.
- f) Delegación a socios: La visión neoliberal en relación al papel del Estado, tiende a considerar que las instituciones públicas deben colaborar con organizaciones privadas, paraestatales o con organismos de la sociedad civil en la ejecución de políticas públicas.

Y para el tema de rehabilitación y tratamiento los instrumentos de delegación a socios son los que continuamente utiliza el Estado en México y Colombia. En donde, la sociedad civil ha tomado la dirección y responsabilidad en la ejecución de acciones correspondientes al tratamiento y rehabilitación de adicciones.

Los ejecutores de la política están inscritos en un contexto histórico, social y cultural específico y, a partir de ese contexto, los actores de la implementación realizan un trabajo de interpretación y de traducción del sentido y del significado de un texto según su propio sistema de valores. Es decir, no hay implementadores neutrales. Ejecutar una política pública es un trabajo de interpretación y depende en gran medida de los actores que participan en ella.

Los problemas son resueltos por los actores sociales mediante la implementación de estrategias, la gestión de sus conflictos y sobre todo mediante procesos de aprendizaje. “Hacer una política pública, no es resolver un problema, sino construir una nueva representación de los problemas que instaura condiciones sociopolíticas para el tratamiento de éstos por la sociedad y, a la vez, que estructura la acción del Estado” (Muller y Surel, 1998)

Las políticas públicas son un elemento de participación política que interactúa con las formas tradicionales de participación política, esto a través de los diversos actores en acciones de gobierno. De la misma manera la posición social de los grupos promotores de una política en la estructura sociopolítica es determinante tanto para su inscripción como para su solución. Las políticas públicas lo que intentan es corregir inequidades, disminuir

aspectos o situaciones que se tornan problemáticas en determinados sectores específicos, que si no desaparecen por lo menos disminuyan su impacto negativo en la sociedad.

Adicionalmente, y de acuerdo con Carlos Salazar (1994) “todo problema público está afectado, condicionado y marcado por el contexto particular dentro del cual se presenta, al verse afectado por las seis fuerzas que conforman y marcan su entono: (1) económico-sociales (2) político-legales (3) culturales (4) tecnológicas (5) naturales (ecológicas medioambientales) y (6) demográficas”. Siendo está la principal razón por la cual cualquier problema publico varia de un país a otro, de una región a otra y de una sociedad a otra así como de un gobierno a otro.

Los elementos constitutivos de una política pública de acuerdo con Subirats, Knoepfel, Larrue y Varonne son: solución de un problema público, existencia de grupos-objetivo en el origen de un problema público, una coherencia al menos intencional, existencia de diversas decisiones y actividades, programa de intervenciones, papel clave de los actores públicos, existencia de actos formales, naturaleza más o menos obligatoria de las decisiones y actividades.

Una fase importante de las políticas públicas es la incorporación a la agenda política del problema o situación percibida como perpleja, la cual corresponde a que se tome en cuenta por parte de los actores formales (elemento constitutivo) decisivos político administrativo. Esta incorporación a la agenda puede considerarse una especie de filtro de los problemas por parte de los actores públicos que obedecen a sus prioridades personales, de partido o de coyuntura.

La relevancia del llamado proceso de expansión (Parsons, 1995) radica en que la incorporación de un problema a los procesos institucionales de toma de decisiones y depende en gran medida del grado en que el mismo se haga visible para diferentes públicos, es decir, se traslade desde la atención específica de un grupo particular a la preocupación de un público mayor. De manera que si bien la agenda es definida en última instancia por el gobierno, los problemas que la originan mantienen relativa autonomía dado que la dinámica de expansión de un tema depende en gran parte de los elementos que lo caracterizan.

Así, la agenda pública se constituye como un juego de poder en donde se construyen legitimidad e ilegitimidad, se generan inclusiones y se definen exclusiones. La definición de la agenda política es un proceso continuo. Hay una definición y redefinición de la agenda pública, dependiendo de la dinámica de las fuerzas políticas, de las fuerzas sociales y de otras fuerzas que tienen poder (Lahera, 2002) El tránsito de la agenda al programa y del programa a las políticas nunca será un proceso cerrado, ya que la agenda es muy amplia y porque ella se renueva constantemente, mediante el ejercicio de la razón y la discusión social.

Para llevar a la práctica diversos aspectos de la agenda pública se requiere una acción social concertada. De acuerdo con Nonell (1987) los procesos de concertación suponen la existencia de una serie de factores tales como la participación de los agentes sociales en la elaboración y toma de decisiones de políticas públicas; su responsabilidad respecto a las normas de negociación y su voluntad de cooperación. En éste sentido la formulación de la política pública supone que los actores sociales tratan de influenciar en mayor o menor medida en la generación de un programa que deberá ponerse en práctica para resolver el problema que los amedrenta.

Sin embargo, no todas las cuestiones se vuelven públicas, ni todos los temas públicos forman parte de la “agenda” de gobierno o se constituyen en objeto de políticas públicas. El intento de lograr el reconocimiento y captar la atención hacia condiciones sociales que se ponderan como dignas de ser problematizadas, es un proceso complejo en el que intervienen grupos específicos. Por tanto, se concibe y se gestiona por actores públicos y privados, que en su conjunto constituyen una red de interacciones (verticales y horizontales)

Esta diversidad de actores que comparten temas, necesidades, intereses o prioridades en relación algún problema planteado comparte lo que denomina Subirats (2008) “espacios de interacción”. En donde, la participación no solo debe aumentar los canales de expresión a la sociedad civil, sino también hacerla responsable de sus demandas y preocupaciones.

Por su parte, en México, a pesar de lo establecido en los artículos tercero y cuarto constitucionales, la desigualdad social entre hombres y mujeres es una constante histórica, misma que se ha recrudecido por el modelo de desarrollo económico adoptado por el gobierno. La institucionalización del apoyo a las mujeres no ha sido suficiente, los indicadores muestran que no ha habido avances, y la desigualdad entre los géneros absorbe aún a muchas de las instituciones.

En este sentido, resulta prioritario que el gobierno realice un esfuerzo efectivo para que las políticas públicas contemplen en su encargo la perspectiva de género. “Esas visiones, dominantes en nuestra cultura, consideran que las diferencias entre mujeres y hombres son naturales y que lo que ocurre a las mujeres no tiene la suficiente importancia como para impactar el desarrollo” (Zafra, 2005).

Dichas concepciones fueron aprendidas a través de los diversos grupos en que nos congregamos, la escuela, la iglesia, equipos deportivos, la familia y los amigos. La categoría género no es un instrumento de y para las mujeres. Analizar las condiciones de vida de las mujeres necesariamente implica estudiar la realidad de los varones y las complejas relaciones que se desarrollan entre ambos sexos.

En 1996, un programa de las Naciones Unidas para la fiscalización Internacional de las Drogas (PNUFID), al promover una serie de investigaciones sobre el consumo de sustancias y sus circunstancias, definió la cuestión de género del siguiente modo: “El término ‘género’, que es distinto del término “sexo”, se refiere a los aspectos socioculturales de la dicotomía hombre-mujer, mientras que la palabra sexo se refiere a los aspectos biológicos. Las cuestiones relacionadas con el género tienen que ver con las cualidades, los tipos de comportamiento y las funciones que las diferentes sociedades asignan a los hombres y a las mujeres”

Nuria Romo (2001) menciona que el género permite contemplar a los sexos como entidades sociales, políticas y culturales, superando las limitaciones del concepto de sexo, que parece referir a algo natural, primario, esencial y aparentemente sometido a escasas transformaciones históricas. Género es un sistema de relaciones sociales, simbólicas y

psíquicas en las que se sitúa de forma diferente y casi siempre desfavorable a las mujeres con respecto a los varones”

Por lo que, plantear lo contrario, tendría que partir de la premisa de que los encargados de elaborar las políticas públicas, tienen los conocimientos adecuados sobre las causas que afectan a las problemáticas de las mujeres así como las diferencias, similitudes e individualidades entre hombres y mujeres. Moser (1995) hace la distinción entre las necesidades y los intereses de mujeres y de hombres y la señala como elementos importantes en la planificación del desarrollo.

El concepto género, se refiere a los distintos roles, responsabilidades, atributos, capacidades y espacios que la sociedad y la cultura asigna a las personas de acuerdo a su sexo biológico, dándose por hecho que el espacio público y el rol productivo es propio de los hombres, y el espacio privado y el rol reproductivo es propio de las mujeres. En cambio, el concepto sexo, se refiere a las diferencias biológicas, anatómicas y fisiológicas, entre hombres y mujeres (Lamas, 2009)

El concepto de género nos ayuda a entender que lo que creemos características naturales de hombres y mujeres no se derivan del sexo de las personas, sino que son construidas culturalmente a través de las relaciones sociales y los mandatos culturales. El problema no son las diferencias sexuales entre mujeres y hombres, sino que estas diferencias naturales se convierten en desigualdades sociales y son naturalizadas por la cultura, lo cual otorga menor valor a todo lo considerado femenino.

El concepto de género se empleó por primera vez en el ámbito de la psicología médica durante la década de 1950. Sin embargo, fue hasta 1968 que Robert Stoller la desarrolló en una investigación empírica sobre trastornos de la identidad. Stoller demostró en su estudio que lo que determina la identidad y el comportamiento masculino o femenino no es el sexo biológico, sino las expectativas sociales, ritos, costumbres y experiencias que se ciernen sobre el hecho de haber nacido mujeres u hombres.

Esta observación permitió concluir que la asignación y adquisición social de la identidad sexual es más importante que la carga genética, hormonal o biológica que los

seres humanos traen consigo al nacer; esto significa que las relaciones sociales entre los sexos se pueden desnaturalizar. A partir de este descubrimiento se empezó a comprender que la identidad de las personas y su posicionamiento social, provienen de las representaciones y significados culturales atribuidos a la “masculinidad y a la “femineidad”, así como de los principios sexistas incorporados en las reglas de funcionamiento de las instituciones públicas y privadas.

La perspectiva de género cuestiona los aportes y beneficios diferenciados de las políticas públicas en la calidad de vida de mujeres y hombres, y lleva a abatir el mito de la neutralidad en el diseño y ejecución de tales políticas. Y de manera paralela, visibiliza a las mujeres como sujetos potenciales del desarrollo o excluidas, superando las visiones fragmentarias que las consideran grupos vulnerables. Las definiciones de perspectiva de género propuestas por Cazés Menache y Lagarde (2000) la definen como; “un enfoque que da cuenta de la construcción histórico diferencial de los seres humanos en tipos masculinos y femeninos tomando como base su distinción sexual”.

Marcela Lagarde (2008) muestra que la perspectiva de género tiene como único objetivo: el de contribuir a la construcción subjetiva y social de una nueva configuración (de la concepción del mundo) a partir de la resignificación de la historia, la sociedad, la cultura y la política, desde las mujeres y con las mujeres. Señalando que el reconocimiento a la diversidad de género y la diversidad de cada uno es el principio esencial de esa perspectiva

Careaga (1999) subraya que “el desarrollo de políticas públicas y programas sociales con este nuevo ingrediente, la perspectiva de género, implica un conocimiento profundo del mismo y alerta sobre posibles riesgos”. Señala, además, que “la capacitación no es una sola ni está basada en los mismos supuestos”.

Las políticas con enfoque de género reconocen que mujeres y hombres tienen diferentes necesidades debido a que desempeñan diferentes roles en la sociedad y viven de manera diferente los mismos problemas, es decir, dependiendo de dónde se encuentren ubicados hombres y mujeres podrán aprovechar o no los efectos de las políticas.

Desde el nacimiento, hombres y mujeres presentan una diferenciación clara desde el punto de vista biológico; sin embargo, las variantes comportamentales, sentimentales y de

pensamiento se atribuyen más a la influencia de la cultura. Se estima que unos y otras tienen las mismas emociones y sentimientos, y potencialmente la misma capacidad mental. Por tanto, las diferencias convencionales en prioridades, preferencias, intereses y ocupaciones se deben al condicionamiento parental, educacional y sociocultural (Lamas, 2002).

En materia de género, menciona Careaga (1999), son tres las formas de capacitación identificadas: a) el sistema de papeles de género; b) el sistema de papeles triples, y c) el sistema de relaciones sociales, siendo este último un concepto central para entender las relaciones de género. Todas ellas diferenciadas por su manera de entender la naturaleza del poder y la desigualdad, que ya puestas en práctica pueden dar resultados contradictorios respecto a la ansiada transformación social con equidad de género.

En el sistema de papeles de género la participación de las mujeres es vista como agentes productivos en el ámbito económico. Por otra parte el sistema de papeles triples; posibilita que los programas de capacitación se acerquen a las preocupaciones de la política social, y se tomen en cuenta las diferencias de género y las necesidades de las mujeres.

Los hombres por su parte tendrán que pasar por una revolución de creencias y actitudes. Esto requiere entre otras cosas de un ajuste radical del condicionamiento tradicional, de una transformación de los términos en los cuales han estado acostumbrados a encontrar argumentos de sus motivaciones y la realización de sus ambiciones. Así como una profunda reapreciación de sus conceptos sobre las mujeres, en especial de sus expectativas acerca de los roles que, según suponen, ellas deben desempeñar en sus vidas.

En el sistema de relaciones sociales la capacitación intenta marcar las conexiones que existen entre eficiencia y bienestar, argumentando a favor de las transformaciones sociales que garanticen una redistribución equitativa de los recursos entre hombres y mujeres. En la primera y segunda formas de capacitación se advierten ciertos riesgos; su utilización acrítica puede reducir a las mujeres a una categoría homogénea, aislar el género de otras fuentes de opresión y limitar la complejidad de la opresión en las mujeres (Careaga, 1999)

En cuanto a la última, se advierte el riesgo de convertirla en un mero discurso utilizado por los funcionarios o, más grave aún, en la base de documentos programáticos fáciles

de archivar y lejos de aplicarse. Aunque la autora no ofrece una solución acabada sí sugiere dejar el pragmatismo que ha viciado la capacitación en género.

Lo importante es mirar hacia el aparato público desde dentro y considerar los intereses que lo han guiado para la definición de sus políticas, identificar los objetivos que persiguen a través de las diferentes estrategias de capacitación e idear la manera de incorporar la perspectiva de género. El promover la perspectiva de género como una herramienta teórico-metodológica con un rigor científico y que esté al servicio de los hacedores de políticas públicas, servirá para impulsar cambios sociales.

Dada la importancia de las políticas públicas en la distribución de la riqueza y las oportunidades para las mujeres, los gobiernos del Sistema de Naciones Unidas han tomado diversos acuerdos para incorporar los principios de igualdad y equidad de género en las políticas del desarrollo que implementan. Es decir, la institucionalización de la perspectiva de género, tal es el caso de la Estrategia de equidad de género PNUD Colombia 2007-2008 con el objetivo de institucionalizar e integrar la perspectiva de género en todos sus ámbitos de trabajo¹².

Por otro lado la Estrategia de equidad de género del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo en México 2010-2012 cuyo propósito principal fue establecer un referente que permitiera implementar los mandatos y políticas sobre género, así como planear acciones concretas para el avance en la promoción de la equidad entre mujeres y hombres¹³.

Para institucionalizar el género en el Estado, son requerimientos necesarios e indispensables: los cambios en las leyes y normas generales y específicas de las instituciones públicas; la creación de instituciones de la mujer; la transformación de los procedimientos de diseño, ejecución y evaluación de las políticas públicas; el desarrollo de una masa crítica de funcionarias/os con capacidad para innovar los procedimientos institucionales, así como recursos presupuestarios y técnicos suficientes.

¹² Derivado de dicha estrategia son los “Lineamientos de la Política Pública Nacional de Equidad de Género para las Mujeres en Colombia, emitido en el 2012”.

¹³ Dando pie al programa Nacional para la Igualdad de oportunidades y no discriminación contra las mujeres, 2013-2018.

En el lenguaje del desarrollo, la institucionalización se utiliza como sinónimo de transversalidad de la perspectiva de género. Se concibe como un método de planeación horizontal que busca diagnosticar las oportunidades institucionales para incluir la perspectiva de género en los diversos procesos de diseño, ejecución, monitoreo y evaluación de las políticas públicas.

Como se ha analizado el género ofrece una perspectiva que es de manera dual general e interna o particular sobre la conducta humana, que explica roles, comportamientos, percepciones y otras expresiones del ser social. En el tema objeto de esta investigación, el género influencia la forma en que los hombres y mujeres perciben y reaccionan frente algún programa de tratamiento y rehabilitación de fármacos.

Capítulo II.

¿La adicción tiene género?

El proceso que origina el diseño e implementación de una política pública nace de la necesidad de realizar una acción concreta para generar cambios y dinámicas en un área determinada. Esta necesidad surge de la detección de un problema que se manifiesta desde cualquier ámbito social y que llama la atención para ser colocado en la agenda del gobierno (Lahera, 2002)

En esta perspectiva la rehabilitación y el tratamiento de adicciones con una perspectiva de género se convierte en un tema importante dentro de las políticas públicas en los últimos años, dado el incremento de consumo por parte de las mujeres y la ausencia de programas de atención más adecuados para este sector. El diseño de estrategias diferenciadas por género obedece a la necesidad de hacer una intervención que responda a las diferencias biológicas y las construcciones sociales de ser hombre y ser mujer.

La IV Conferencia Mundial de las Naciones Unidas sobre la Mujer, realizada en septiembre de 1995 en Pekín, fue el escenario elegido por los promotores de la nueva perspectiva para lanzar una fuerte campaña de persuasión y difusión. Es por ello que desde dicha cumbre la "perspectiva de género" ha venido filtrándose en diferentes ámbitos no sólo de los países industrializados, sino además de los países en vías de desarrollo.

La aplicación de la perspectiva de género en las políticas públicas, atiende a la observancia de los derechos humanos de igualdad y discriminación, contenidos en los artículos primero y cuarto de la Constitución política de los Estados Unidos Mexicanos en el caso de México y en el caso de Colombia en el título II de su Constitución política de la República de Colombia de 1991 así como los diversos instrumentos internacionales.

En el sistema americano de derechos humanos, al que pertenece México y Colombia, se establece como deber de los Estados que lo integran, el que garantice el ejercicio de los derechos humanos de las mujeres con base a los principios de igualdad y el de no discrimi-

minación.¹⁴ En este sentido, las políticas públicas deberán enfocarse a promover y proteger los principios de igualdad y no discriminación entre mujeres y hombres.

Los Estados están obligados a crear condiciones de igualdad real frente a grupos que han sido históricamente excluidos o que se encuentran en mayor riesgo de ser discriminados. El principio de no discriminación no implica pretender igualar a hombres y mujeres, por el contrario implica entender sus diferencias pero otorgando consideración respecto a las mismas lo que produce trato igual ante los iguales.

La política pública con perspectiva de género implica un análisis que externa la asignación social diferenciada de roles y tareas en virtud del sexo; revela cómo se traduce en diferencias de oportunidades y derechos y pregunta, por los impactos diferenciados de dichas políticas públicas. De esta manera, el Estado al elaborar políticas públicas tendrá que analizar las acciones que intente aplicar conforme a la perspectiva de género.

Lo anterior con la finalidad de identificar y principalmente combatir los estereotipos de género (todas aquellas características, actitudes y roles que la sociedad les atribuido tanto hombres como a mujeres) que pueden llegar a influir en el establecimiento de las políticas públicas en México y Colombia. Ejemplo de ello y común para la comunidad latinoamericana, las diferencias biológicas tales como el embarazo en las mujeres o la mayor fuerza física de los hombres.

Los roles de género corresponden a la construcción social aceptados para hombres y mujeres. Una vez que se tiene interioridad la identidad de género, es decir, soy niño o niña, ambos se comportan cumpliendo funciones específicas y diferentes. Sin embargo, en la actualidad y como se ha mencionado anteriormente la sociedad ha sufrido transformaciones tales que han incidido en la subjetividad de lo masculino y lo femenino. Y se entiende subjetividad como la forma en que una persona piensa de sí mismo o se concibe a sí misma y la forma en que construye su realidad.

1 Ambos principios contenidos en la Declaración Americana de los Derechos del hombre, la Convención Americana sobre Derechos Humanos, la Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer y la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer.

En un estudio con familias mexicanas migrantes encontraron que ante la ausencia de su cónyuge las mujeres adoptan roles tanto masculinos como femeninos en lo que concierne al cuidado y sostenimiento de la familia (Polanco y Jiménez, 2006) La facilidad con que hombres y mujeres adoptan rasgos y comportamiento del otro sexo, en diversas situaciones han llevado a replantear las categorías tradicionales asociadas al sexo y a buscar conceptos más elásticos e inclusivos (mujeres o varones que encabezan hogares o familias uniparentales, compuestos o familia u hogares extendidos). La única vía para identificar estas falsas dicotomías de la realidad consiste en adoptar una perspectiva de género.

El consumo de drogas es uno de los mayores retos a los que se enfrenta la sociedad latinoamericana y el mundo entero. Históricamente, el consumo de drogas se ha considerado como un fenómeno en el que predomina el elemento masculino. Sin embargo, la adicción en mujeres principalmente jóvenes ha crecido considerablemente en los últimos años en México y Colombia¹⁵.

La adicción a las drogas lícitas¹⁶ e ilícitas¹⁷ se relaciona prácticamente con todas las patologías psiquiátricas, de las cuales los síntomas de la ansiedad y los desórdenes afectivos y alimentarios tienen notablemente mayor incidencia en las mujeres así como la esquizofrenia y otros síntomas psicóticos; mientras que los desórdenes de comportamiento y de personalidad antisocial, son más frecuentes en hombres (Sánchez, 2000)

Para esta investigación se considera la adicción a los fármacos, es decir, cualquier sustancia que produce efectos medibles o sensibles en los organismos vivos y que se absorbe, puede transformarse, almacenarse o eliminarse. El abuso o dependencia al alcohol en México y Colombia antecede cronológicamente, en la vida de los enfermos adictos, al consumo de medicamentos no formulados.

Posteriormente al abuso o dependencia de analgésicos y medicamentos controlados, aparecen en el escenario clínico sustancias ilícitas como la marihuana, la cocaína y recién

¹⁵ De acuerdo a la Encuesta Mundial de Adicciones 2014.

¹⁶ Drogas lícitas son aquellas que no están penadas por la ley. En México y Colombia las más frecuentes son el tabaco, el alcohol y los fármacos. Y recientemente aprobado en Colombia el consumo individual de marihuana.

¹⁷ Drogas ilícitas son aquellas que están penadas por la ley. Entre ellas se encuentra la marihuana, la cocaína, la heroína, entre otras.

temente las drogas de diseño. Es importante aclarar que el alcoholismo se ha convertido en la puerta de entrada a todos los trastornos relacionados con el consumo de sustancias ilícitas en ambos países. El modelo punitivo de erradicación del consumo de drogas requeriría, forzosamente, prohibiciones del consumo del alcohol simultáneamente en todo el territorio nacional, para lograr la efectividad deseada.

Las experiencias internacionales muestran un fracaso del modelo prohibicionista y punitivo y en un marco de globalización el cierre de fronteras o la prohibición no evita la circulación transfronteriza ilegal de cualquier droga ilícita. El incremento de la demanda de los fármacos legales e ilegales, está íntimamente relacionado con la producción, la disponibilidad y la distribución que ha permitido que se abaraten los costos de dichas sustancias y que por ende sea mucho más fácil el acceso a ellas.

Además, si en el primer acercamiento que tienen las personas con uso de sustancias, la experiencia resulta satisfactoria, existe mayor probabilidad de que se continúe con el consumo. Y si tal experiencia es aceptada e inclusive aplaudida por el grupo de amigos, familia o comunidad el riesgo se incrementa.

La adicción entre las mujeres tiene características diferenciales respecto a los varones, marcadas fundamentalmente en que desarrollan una adicción de una gravedad mayor, que repercute en consecuencias familiares y sociales más acusadas y en una dificultad añadida a la hora de intentar abandonar el consumo (García, 2003)

Las mujeres consumen drogas como forma de escape ante situaciones problemáticas: acontecimientos vitales, estrés, separación de los hijos, ruptura de pareja, entre otras. Las tensiones vividas en sus roles de madre, esposa, ama de casa y amantes, y los sentimientos de inadaptación a estos roles, van de par con la insatisfacción de las expectativas personales, todo lo cual estaría íntimamente relacionado con su proceso de adicción.

La edad de la mujer, el estado civil y la dimensión étnica (usos y costumbres) son factores que inciden profundamente en la determinación del consumo de cierta sustancia tóxica. Otros factores asociados al consumo de drogas en mujeres se encuentran problemas

sexuales, desestructuración familiar¹⁸, factores de pobreza, la tendencia de las mujeres a exteriorizar sus problemas por medio del dolor físico, dolor que es tratado de búsqueda de recetas, su anatomía y constitución corporal y grupo social al que pertenecen.

La construcción de la imagen de las mujeres en relación con las drogas está condicionada por los roles de género, de manera que se produce un imaginario colectivo que circula y toma forma, especialmente en las políticas públicas. Las mujeres a menudo se ven afectadas en mayor medida por la estigmatización social. Esta estigmatización y miedo a la sanción social hace que muchas mujeres no admitan su consumo y adicción, lo que conlleva su invisibilidad en las estadísticas y estudios (Rekalde y Vilches, 2003)

La mujer adicta tiene biodependencia, es decir, dependencia al fármaco y dependencia de alguna persona que no tiene que ser precisamente adicto, presenta severos problemas de autoestima, soledad, depresión y vacío existencial; característica no atribuible al varón en la mayoría de los casos. De acuerdo con Kort (1998) “La mujer adicta padece más la soledad que el hombre” (en el caso de México y Colombia, países que expulsan migrantes, los largos períodos de los varones fuera de su hogar son variables que inciden en la sensación de soledad de las mujeres)

Es importante señalar que los varones que emigran también padecen y viven en muchos de los casos al igual que las mujeres en condición de soledad, aislamiento, estrés o ansiedad en su peregrinaje. Tal y como ocurre en Tijuana, específicamente en la canalización del río Tijuana. En donde, se visibiliza un gran problema de adicción, encaminada principalmente al consumo de heroína.

Una mujer adicta tiene menor capacidad de autonomía así como dificultad para expresar su intimidad. Los trastornos de personalidad, de ansiedad y neurosis depresiva son resultado del consumo de determinados fármacos.¹⁹ Durante los últimos años se ha encontrado que las mujeres y los hombres responden de manera diferente a las medicinas y a las drogas. Las mujeres expresan más efectos colaterales y letales como reacción a las me-

¹⁸ Ausencia del padre, ser madres solteras, falta de cuidado, de seguridad y confianza. Proviene de familias inconsistentes, de distanciamiento emocional de los padres, con violencia sexual o familiar.

¹⁹ Principalmente el alcohol que está íntimamente relacionado con la depresión y las drogas de diseño así como el abuso de diversos analgésicos.

dicinas psicotropas que los hombres. Las diferencias en la proporción de los bioelementos, lípidos y lípidos, en el flujo sanguíneo cerebral, en el tiempo de vaciamiento gastrointestinal, en las terapias hormonales y en uso de contraceptivos exógenos, pueden causar diferencias en las reacciones a las drogas. (Wetherington y Roman, 1998)

Aunado a lo anterior aunque no se conozca aún con suficiente claridad el significado funcional de las diferencias estructurales del Sistema Nervioso Central entre hombres y mujeres, estas pueden ocasionar reacciones diferentes a las drogas en ambos sexos. En la mujer el abuso de cualquier fármaco se manifiesta de manera diferente según la edad, el estado civil, la satisfacción con su rol, las discrepancias con su pareja en lo relacionado con la forma de beber o consumir algún fármaco, la depresión, el empleo y la pertenencia a determinados grupos humanos (Wilsnack, 1996).

Es por ello importante desarrollar un programa específico femenino para abordar de manera eficaz la adicción. De acuerdo a Kort (1998) las indicaciones de un programa específico debe considerar los antecedentes de maltrato, abuso sexual, antecedentes de fracasos en centros de rehabilitación mixtos (ya que existe la tendencia a relaciones de pareja que propician expulsión) Así como un abordaje psicoafectivo con actividades enfocadas a la reestructuración afectiva, expresión adecuada de emociones que propicie la adquisición de autonomía personal.

La expresión de los hábitos de consumo entre las mujeres, así como los desencadenantes o las consecuencias, tiene en gran medida confluencia con los factores determinantes del consumo entre los hombres, pero también existen características diferenciadoras que en muchos casos no han sido suficientemente atendidas (Rikalde y Vilches, 2003) Por ello todo programa de rehabilitación y tratamiento de las adicciones debe abogar por un análisis de la realidad teniendo en cuenta la variable de sexo y las diferentes condiciones, situaciones y necesidades de hombres y mujeres.

Por otro, lado es importante señalar que existen corrientes del pensamiento que difieren de esta hipótesis. Es decir, consideran que las adicciones no tienen género, ya que como lo señala Leandro Palacios (2003) “cualquier proceso adictivo resulta asexuado o, si se quiere a genérico en cuanto a sus manifestaciones sintomáticas no están condicionadas

por el género de quien las padece sino por la relación farmacológica entre el adicto y la sustancia consumida, solo a posteriori se suman a esta relación los demás factores”.

Palacios asegura que la intervención debe basarse en lo adictivo y no en el género. Y que para generar un modelo de tratamiento y rehabilitación de adicciones se deben considerar los aspectos de personalidad y no de género. Ya que la adicción instaurada en el cuerpo del ser humano destruye diferenciación sexual, pues atenta directamente contra los fundamentos básicos de la identidad de la persona que la desarrolla. Sin embargo, como se ha visto a lo largo del capítulo las diferencias entre hombres y mujeres se pueden observar principalmente en los patrones de consumo, causas, consecuencias, formas de adquisición de las drogas y acompañamiento familiar. Es por ello que se asevera que la adicción si tiene género y por ende el proceso de tratamiento y rehabilitación también.

Capítulo III.

Lineamientos internacionales sobre el tratamiento y rehabilitación de mujeres fármaco dependientes.

Las convenciones internacionales así como los diversos tratados internacionales sobre drogas han influido y delimitado el marco normativo de México y Colombia. Formando con ello recetas únicas y con poca congruencia con la realidad que cada uno de los países latinoamericanos, especialmente México y Colombia viven.

Una de las principales normas de las convenciones es la protección de la salud de los usuarios de drogas. La Convención única de estupefacientes de 1961, que asienta el régimen jurídico global para los usos medicinales y científicos de ciertas sustancias, establece lo siguiente:

“Preocupados por la salud física y moral de la humanidad... Reconociendo que el uso médico de los estupefacientes continuará siendo indispensable para mitigar el dolor y que deben adoptarse las medidas necesarias para garantizar la disponibilidad de estupefacientes con tal fin...”

A partir de la confirmación y vigencia de dicha norma, cualquier consumo de las sustancias que fueron incluidas en las listas de tratado, que no sea calificado, a través de las normas de cada uno de los países como de uso médico o científico, comenzó a ser considerado como un uso problemático o toxicomanía. Dando inicio a la restricción formal del uso recreativo de las sustancias controladas por las normas internacionales. Dentro de los tratados internacionales de control de drogas es constante referirse al “abuso de drogas”, cuando el consumo de sustancias no es médico o científico.

El artículo 38 de la Convención única estupefacientes de 1961, establece:

“El tratamiento de los toxicómanos...Las partes considerarán especialmente las medidas que pueden adoptarse para el tratamiento médico, el cuidado y la rehabilitación de los toxicómanos. Si la toxicomanía constituye un grave problema para una parte y sus recursos económicos lo permiten, es conveniente que dicha parte establezca servicios adecuados para tratar eficazmente a los toxicómanos”.

En lo que se refiere a establecer a los servicios adecuados para el tratamiento, abre la posibilidad de generar un servicio de atención de adicciones obligatorio por parte del

Estado, así como no establecer un tratamiento y método único válido para la atención de toxicómanos. En 1972, se realizó el Protocolo de modificación de la Convención única de 1961, en donde, se cambia el título y el contenido del artículo 38, haciendo énfasis en la necesidad de proveer acceso a tratamiento y rehabilitación como alternativa de encarcelamiento. La modificación establece:

“1. Las partes prestarán atención especial a la prevención del uso indebido de estupefacientes y a la pronta identificación, tratamiento, educación post-tratamiento, rehabilitación y readaptación social de las personas afectadas, adoptarán todas las medidas posibles al efecto y coordinarán sus esfuerzos en ese sentido.

2. Las partes fomentaran, en la medida de lo posible, la formación de personal para el tratamiento, post-tratamiento, rehabilitación y readaptación social de quienes hagan uso indebido de estupefacientes.

3. Las partes procurarán prestar asistencia a las personas cuyo trabajo así lo exija para que lleguen a conocer los problemas del uso indebido de estupefacientes y de su prevención y fomentarán asimismo ese conocimiento entre el público en general, si existe el peligro de que se difunda el uso indebido de estupefacientes.”

Lo anterior permite a los Estados adoptar medidas menos represivas respecto a los usuarios de drogas así como la difusión de la reducción de daños por consumo de estupefacientes. Es decir, continúa presente el prohibicionismo y el esquema punitivo.

La Convención de 1988, definió que los países deben de enfrentar el fenómeno del tráfico de drogas para los usos que no sean lícitos en el sentido de la Convención única sobre estupefacientes de 1961 (médicos y científicos) con sanciones penales. Lo que implica que los países firmantes, para el caso de estudio México y Colombia no están obligados a sancionar el consumo como tal. Sin embargo, el consumo sigue siendo parte del control de drogas en la práctica.

Es importante resaltar que dentro de la Convención de 1988, se utiliza como alternativa el tratamiento como una medida alternativa o complementaria a condenas o sanciones penales, lo cual pueden contribuir en el desarrollo de legislaciones en donde, se considere la aplicación obligatoria del tratamiento. Para el caso mexicano, existen siete entidades federativas que han realizado modificaciones a sus legislaciones estatales con la finalidad hacer obligatorio el tratamiento de adicciones complementarias a condenas o sanciones penales,

esto a través de los tribunales de tratamiento de drogas. Por su parte, en Colombia, a partir de julio de 2015 se han iniciado con las capacitaciones así como las discusiones para la implementación de los tribunales de tratamiento.

Los tratados internacionales de drogas se dirigen hacia el desarrollo de la legislación nacional en dos vertientes: a) la restricción de cualquier uso de sustancias controladas que no tenga fines médicos ni científicos y b) la penalización de los delitos, que si bien excluye el consumo como tal, deja abierta la opción de castigar al usuario por salir de esa restricción con tratamiento obligatorio, vulnerando sus derechos fundamentales (que es lo que ocurre en la práctica, principalmente en México)

Por otro lado, todas las instituciones de la ONU están obligadas a promover los derechos humanos en virtud de su establecimiento en el marco de la carta de las Naciones Unidas y lo estipulado en la Declaración Universal de los Derechos Humanos. Obligando a los Estados a respetar, proteger y cumplir los derechos en ellos consagrados.

El derecho a la salud, “Las personas que consumen drogas tienen derecho a servicios de salud de calidad y disponibles, accesibles, aceptables y suficientes...El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano”²⁰ Derecho a no ser objeto de discriminación²¹ derivado del estigma social asociado a los consumidores de drogas, los usuarios son objeto de discriminación en sus comunidades. Las mujeres sufren aún más marcada dicha discriminación por su consumo, principalmente las mujeres con consumo problemático.

En el 2009 la United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) revelaron el informe de debate denominado “PRINCIPIOS DEL TRATAMIENTO DE LA DROGODEPENDENCIA” que contiene nueve principios que tienen el objetivo de *“promover que los gobiernos y otros emprendan acción concertada para la implementación de servicios de tratamiento con base científica, que responda a la necesidad de sus poblaciones”*

En el 2010 la UNODC publica el documento denominado “De la coerción a la cohesión”, el cual pretende ofrecer un nuevo enfoque de orientación sanitaria sobre la dro-

²⁰ Constitución de la Organización Mundial de la salud, artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos económicos, sociales, culturales; y el artículo 24 de la Convención sobre los derechos del niño.

²¹ Convención internacional sobre la eliminación de todas las formas de discriminación racial de 1960, Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer de 1979 y Pacto Internacional de derechos civiles y políticos de 1966.

godependencia, poniendo sobre la mesa alternativas de trato penal y abriendo el debate sobre el tratamiento obligatorio. Estableciendo como elemento importante el consentimiento del usuario para que el tratamiento sea una solución de largo plazo acompañada de normas éticas y científicas.

En el 2012, la ONU y ONUSIDA realizaron la declaración conjunta a los gobiernos a “*cerrar los centros de detención y rehabilitación obligatorios relacionados con las drogas y a poner en marcha en la comunidad servicios sanitarios y sociales voluntarios, con base empírica y basados en los derechos humanos*”²² Y de manera paralela en el mismo año la UNODC presentó el documento denominado “Estándares de calidad para el tratamiento y rehabilitación de fármaco dependientes”.

En donde, invita a los Estados a considerar aspectos culturales, de edad, de género y desórdenes mentales para poder generar un modelo de tratamiento y rehabilitación que recomienda sea aplicable en los países participantes. Manifiesta la importancia de los gobiernos locales para la implementación de programas de rehabilitación de adicciones que sean acorde a las sugerencias emitidas a través de dicho documento.

Dicho estándar establece que la rehabilitación y el tratamiento son parte de un sistema de salud, ya que problemas como el VIH/SIDA, enfermedades de transmisión sexual, problemas mentales, problemas de salud física y mental de menores adquiridos a través de madres o padres adictos y la desnutrición son problemas colaterales propios de las adicciones.

Proponen que la atención de rehabilitación de adicciones sea para el enfermo adicto así como para sus familias que trabajen bajo el principio del respeto a los derechos humanos y las buenas prácticas médicas. Destaca la coordinación entre las organizaciones, la comunidad, los centros de rehabilitación y el gobierno nacional para la implementación de los programas de tratamiento con la finalidad de proporcionar un servicio eficaz. El documento cuenta con un apartado dirigido a la mujer, establece que los servicios deben ser diseñados y entregados a cumplir las necesidades específicas de las mujeres.

La Asamblea General es el principal órgano de deliberación y formulación de políticas públicas de la ONU, y el único en el cual los 193 estados miembros de la ONU tienen

²² http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2012/JC2310_statement-closure-compulsory-drug-detention-rehab-centers_es.pdf

una representación equitativa. En respuesta a las peticiones de estados miembros, la Asamblea General puede convocar Sesiones Especiales (UNGASS) sobre determinados temas. Hubo una UNGASS²³ sobre drogas en 1998 en la cual los estados miembros acordaron una Declaración política sobre el control mundial de las drogas.

En el 2008 los estados miembros se reunieron en Viena para discutir los progresos logrados y acordar una nueva Declaración Política y Plan de Acción sobre la cooperación internacional en favor de una estrategia integral y equilibrada para contrarrestar el problema mundial de las drogas. La próxima UNGASS estaba programada para 2019 (fecha establecida en la Declaración Política y Plan de Acción de 2009 para lograr una reducción significativa o eliminar por completo la oferta y la demanda de drogas)

Sin embargo, en el 2012, los presidentes de Colombia, Guatemala y México hicieron un llamado a la ONU para que albergara una conferencia internacional sobre la reforma de las políticas de drogas. Se incluyó una disposición en la Resolución Ómnibus anual sobre políticas de drogas patrocinada por México y copatrocinada por otros 95 países, esto con la finalidad de adelantar dicha cumbre mundial sobre políticas de drogas en abril del 2016.

Las peticiones que se hacen para UNGASS 2016²⁴ son:

a) Garantizar un debate abierto e inclusivo: Permitir que sea un debate abierto, que incluya a todos los organismos de la ONU, la comunidad científica e investigadora, la sociedad civil y aquellos grupos más afectados por las políticas de drogas (incluidas las personas que usan drogas y los pequeños agricultores y agricultoras de subsistencia que participan en el cultivo de cosechas relacionadas con drogas). Lograr una política de drogas acertada es una tarea importante y urgente que exige valentía y liderazgo político para garantizar un debate sincero, inclusivo y abierto.

b) Volver a fijar los objetivos de las políticas de drogas: Centrarse en cómo contribuye el régimen internacional de fiscalización de drogas a objetivos más amplios de la ONU,

²³Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas.

²⁴ El Consorcio Internacional sobre Políticas de Drogas (IDPC) es una red mundial de organizaciones no gubernamentales especializada en cuestiones relacionadas con la producción y el uso ilegales de drogas. El Consorcio trabaja para fomentar un debate objetivo y abierto sobre la eficacia, la dirección y el contenido de las políticas de drogas en el ámbito nacional e internacional, y apoya las políticas que se fundamentan en evidencias científicas y que reducen eficazmente el daño relacionado con las drogas. La red elabora informes periódicos, difunde los informes de sus organizaciones miembro y ofrece servicios de asesoría a encargados de políticas y funcionarios de todo el mundo.

como la salud pública, la seguridad humana, el desarrollo económico y social, y los derechos humanos.

c) Apoyar la experimentación y la innovación en materia de políticas: Intentar crear un espacio para que los países experimenten con nuevos enfoques normativos que buscan responder a las realidades sobre el terreno. La regulación legal del cannabis y de los mercados de coca constituye alternativas normativas prometedoras de las que debe aprender la comunidad internacional.

d) Acabar con la criminalización de las poblaciones más afectadas: Exhortar a poner fin a la criminalización de las personas que usan drogas y la posesión de drogas para uso personal, y de los agricultores de subsistencia, y a la vez instar a gobiernos a abordar las penas desproporcionadas por otros delitos de drogas.

e) Comprometerse con un enfoque de reducción de daños: Apoyar y promover explícitamente el enfoque de reducción de daños frente a las drogas, y deberían garantizar una importante reasignación de los fondos, de manera que dejen de dedicarse fundamentalmente a los enfoques de aplicación de la ley y pongan el acento en la salud pública y la reducción de daños (bastaría con apenas un 10 por ciento del gasto en aplicación de la ley para 2020).

Es importante resaltar que es la primera ocasión que existirá una mesa de trabajo dedicada a la mujer. En donde, principalmente se busque considerar las particularidades de las mujeres para la formulación de políticas de drogas, encaminadas a las productoras, consumidoras y consumidoras problemáticas que pretenden rehabilitarse, el sistema penitenciario y su desencadenamiento en el ámbito social que impacta directamente a la mujer.

En el contexto internacional en los últimos 10 años se ha volteado la mirada a las mujeres, en términos generales. Esto derivado en gran medida al cambio de paradigma respecto al rol social de la mujer a nivel global; por las políticas de drogas fallidas establecidas hace más de 50 años, así como el incremento del consumo problemático de drogas de las mujeres y su incursión en el narcotráfico y la producción de estupefacientes. Sin embargo, los acuerdos y convenciones internacionales no hacen énfasis de la perspectiva de género en el tema de toxicomanía. Es hasta UNGASS 2016 que es considerado como un tema prioritario.

Los tribunales de tratamiento en México, siguen sin funcionar como se debe, ya que no cuentan con la infraestructura necesaria para el funcionamiento. Más allá de la parte legislativa, la capacitación de los jueces y el seguimiento a través de personas especialistas en el tema (psicólogos, psiquiatras, equidad de género y transversalidad) no existe control sobre los centros de atención, tratamiento y rehabilitación. Por otro lado, en Colombia se encuentra en una etapa embrionaria el proyecto ya que fue hasta el verano del 2015 que se empezó con la difusión, discusión y capacitación sobre el tema.

El tema de tratamiento y rehabilitación de las mujeres en el mundo y específicamente en México y Colombia está íntimamente relacionado con el respecto a los derechos humanos y el aseguramiento de la salud. Más allá del discurso y lo normativamente conocido y aceptado, es importante que en la práctica y a través del primer contacto de la ciudadanía con la autoridad, es decir, el gobierno local se respeten. La importancia de los gobiernos locales para la implementación de cualquier estrategia internacional y nacional es vital para su funcionamiento.

La UNGASS 2016 podría marcar el fin de las ejecuciones extrajudiciales, el tratamiento obligatorio por consumo de drogas y otras sanciones penales por delitos de drogas. Pero la verdad es que mientras todas estas cosas podrían lograrse eventualmente, lo más probable es que no sucedan tan rápido como se esperan.

Sin embargo, en un escenario probable en la UNGASS 2016 supondría que resulte en un documento final en que la Asamblea General 1) reconozca el progreso alcanzado y los retos pendientes, especialmente en materia de derechos humanos, 2) valore las nuevas estrategias que a la fecha están siendo implementadas en diferentes regiones del mundo (Uruguay, Portugal, Suiza, República Checa y Amsterdam) y 3) exploración continua de nuevas estrategias y alternativas sobre el problema de las drogas en línea con los objetivos en salud pública y derechos humanos.

Capítulo IV.

Políticas públicas en materia de tratamiento y rehabilitación de mujeres fármaco dependientes en México.

En México el consumo de drogas ha ido en incremento en los últimos años, principalmente el consumo de jóvenes y de mujeres. En México el consumo de drogas ilícito, no es un delito, aunque sí lo son casi todas las conductas previas al consumo, es decir, la posesión, suministro, distribución, cultivo, producción, etcétera. En el año 2009 se aprobó la Ley de Narcomenudeo, la cual reformó el Código Penal Federal, la Ley de Salud y el Código Federal de Procedimientos Penales.

Uno de los principales problemas de la Ley de Narcomenudeo es la criminalización a los consumidores. Esto debido a que intervienen las instituciones penales en los casos de consumo. Es decir, en los casos de consumo el aparato penal se activa, iniciando con la detención del consumidor que realiza el policía municipal y la presentación del mismo ante el ministerio público. La detención de los consumidores se presenta con todas las características vinculadas a la violación de los derechos humanos y a procesos de corrupción. Ya que en muchas ocasiones son tratados como narcomenudistas.

De acuerdo a la Ley de Narcomenudeo los agentes del ministerio público tienen la obligación de informar al consumidor la ubicación de las “instituciones o centros para el tratamiento médico o de orientación para la prevención de la farmacodependencia” e informar a las instituciones de salud del denominado “No ejercicio de acción penal”.

Y la institución de salud deberá citar al consumidor, para ofrecerle toda la información que lo oriente sobre el consumo e invitarlo que se sume algún programa de rehabilitación. Cabe destacar que los protocolos de la Ley de Narcomenudeo y los programas para prevenir y atender el tratamiento y rehabilitación no tienen el lenguaje de género que incluya a las mujeres

La ENA 2011 sostiene que la prevalencia anual del consumo de cualquier fármaco (refiriéndose a cualquier individuos que haya consumido alguna droga o presente un consumo problemático) se ha mantenido. La prevalencia del consumo en México es del 1.8% del total de los encuestados (77, 988 personas). La ENA incluye el grupo de las drogas ilegales tales como la: marihuana, cocaína, pasta de cocaína, crack, alucinógenos, inhala-

bles, heroína y estimulantes tipo anfetamínico. La prevalencia de las mujeres es del 0.7% y los hombres un 2.6%.

En México el principal problema de consumo lo constituye el alcohol el 71.3% de la población lo consume, que al igual que el tabaco es una droga legal. Y de ese porcentaje el 32.8% bebe en grandes cantidades, es decir que en cada familia mexicana existe un integrante o un conocido que tienen un consumo problemático. El 47.2% de los hombres y el 19.3 % de las mujeres presentan un consumo considerado alto. El grupo de edad en donde, se encuentra la prevalencia más alta de consumo es de 18 a 34 años. La edad de inicio de consumo de drogas en México y de acuerdo a la ENA es de 18.8 años de edad. Los hombres inician casi dos años antes que las mujeres. La incidencia acumulada en el consumo de drogas por parte de las mujeres a nivel nacional aumentó de 2.6 a 3 por ciento del años 2008 a 2011.

Contraponiendo a la ENA esta los datos que ofrece Centros de Integración Juvenil a través de la psicóloga Carmen Fernández Cáceres, quien de acuerdo a las investigaciones y experiencia de los CIJ ubican la edad de riesgo de mayor consumo de drogas, tanto legales como ilegales, entre los 10 y 18 años que es la población objetivo de atención de los CIJ. En tanto que la edad de inicio de consumo de cualquier tipo de droga oscila entre los 10 y 14 años.

Por otro lado, y a pesar del incremento del consumo de drogas legales e ilegales en Mexico, la información existente acerca de los consumidores y consumo no es del todo uniforme e integral. Generando con ello que el tema de las adicciones se aborde desde el punto de vista del consumidor. Y dando mayor énfasis al aspecto penal y de tratamiento obligatorio con o sin consumo problemático a las drogas lícitas e ilícitas.

Orden Federal

El gobierno federal a través de la Secretaria de Salud y con el fin de optimizar el funcionamiento de las estructuras de orden federal para la conducción y operación de las políticas públicas en prevención y atención de las adicciones, en el 2014 fusionó a a Comisión Nacional contra las adicciones (CONADIC, -es el máximo órgano rector en la materia y su facultad es dictar las políticas públicas para la atención de las adicciones en el país-) y el

Centro Nacional para la prevención y control de las adicciones (CENADIC), para quedar bajo el mando único del Comisionado Nacional contra las Adicciones. Con la finalidad de operar el Programa de Acción Específico: Prevención y Atención Integral de las Adicciones (2013-2018.)

Dicho programa pretende “considera a la prevención del consumo de drogas, la reducción de factores de riesgo y el fortalecimiento de factores protectores mediante la promoción de estilos de vida saludables, como acciones esenciales para disminuir la demanda de sustancias con potencial adictivo. Asimismo, es preponderante la identificación de grupos de riesgo a fin de derivarlos para que reciban intervenciones acordes a sus necesidades y condiciones de riesgo, y para quienes presentan uso o abuso de tabaco, alcohol u otras drogas, es prioritario ofrecerles intervenciones breves, o bien, de ser el caso, a quienes ya son dependientes, brindarles tratamiento especializado, rehabilitación y apoyo para su reinserción social”.

El diseño e instrumentación del Programa de Acción Específico es responsabilidad de la CONADIC, y son los Consejos Estatales contra las Adicciones (CECA) la figura estructural en donde recae la responsabilidad de operar los servicios para la prevención y la atención integral de las adicciones en todo el país, a través de las Unidades Médicas Especializadas-Centros de Atención Primaria en Adicciones (UNEME-CAPA).

Se triplicaron los recursos asignados a la realización de acciones para la atención de las adicciones. Comparado con el período 2000- 2006, de 2007 a 2012 se destinaron casi tres veces más recursos (más de 6 mil 600 millones de pesos) al crear la red nacional de centros de atención denominados UNEME – CAPA lo que incrementó diversas acciones preventivas y para el tratamiento de las adicciones en todo el país. La mayoría de los recursos federales asignados fueron para: Centros de Integración Juvenil, A.C. y el Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones -CENADIC-

El Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las adicciones (SISVEA) que tiene por objetivo generar información actualizada del comportamiento epidemiológico de las adicciones para su difusión en el ámbito del Sistema Nacional de Salud y utilizar la información en programas de prevención y protección de salud afines al tema de adicciones. Todos los centros de rehabilitación y tratamiento en México que este avalados por CENADIC a través de los CECA correspondiente tendrá que enviar mensualmente información relacionada

con el número de ingresos y egresos de los usuarios, datos generales, enfermedades que padecen, información sobre el consumo (droga de inicio, tiempo de consumo, género, entre otros)

De acuerdo SISVEA a partir del 2000 la notificación adquiere el carácter obligatorio en las 32 entidades del país, se tienen 672,115 registros, con un promedio de 35,374 eventos por año en los Centros de Tratamiento y Rehabilitación no gubernamentales. La información obtenida durante el periodo de 1994-2012 se observó que entre las personas que acudieron a estos centros durante dicho periodo el 87.8% ha ingresado diez o menos veces. Por otra parte diversos son los motivos por los cuales las personas han solicitado ayuda, en ese sentido el 45.2% acudió de manera voluntaria, en tanto que 39.7% fueron llevados por amigos o familiares, 9.6% fue motivo de una indicación de carácter legal y el 2.4% por una indicación médica, de la escuela o el trabajo.

La distribución de la población por sexo mostró que el 90.75% (n =609,948) pertenecen al sexo masculino. La media de edad fue de 30.53 años (desviación estándar de 12.08 años). Al estratificar la población por grupo de edad y sexo, se observó que con excepción de los grupos integrados por menores de 14 años y el grupo de 15 a 19 años de edad, la mayor proporción son del sexo masculino. Así también durante el periodo de 1994-2012 el grupo de personas mayores de 35 años representó el 34.4% (226,599) del total de registros durante ese periodo. Se identificó en centros de tratamiento y rehabilitación no gubernamentales que las tres principales drogas de inicio fueron: alcohol (46.5%), tabaco (30.7%) y marihuana (12.7%), y el 88.0 % de la población atendida refirió que mantenía el consumo de la droga de inicio.

Un elemento adicional son los Centros de integración juvenil (CIJ), los cuales nacen por decreto constitucional en 1979. Organismo desconcertado que depende de la secretaria de salud, el cual es regulado por el gobierno federal. Cuenta con un patronato Nacional conformado por académicos, empresarios e investigadores y expertos en el tema de adicciones. A nivel nacional cuenta con 115 unidades de atención externa y diez unidades de hospitalización.

La estructura con la que cuenta México para la atención a las adicciones, desde el punto de vista preventivo, de tratamiento y rehabilitación es amplia. Sin embargo, dichas estructuras siguen estando encaminadas a la atención de los consumidores problemáticos

varones y con una perspectiva penal, inclusive desde las instituciones de salud. Ya que no tienen claro cuál es el papel que juegan como facilitadores del servicio de tratamiento (CENADIC no ejecuta acciones de tratamiento) y orientación para fármaco dependientes y consumidores de drogas.

De acuerdo al Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 en su meta 2. “México Incluiriente” se pretende garantizar el ejercicio efectivo de los derechos sociales de los mexicanos, trascendiendo las prácticas asistencialistas y tendiendo puentes entre el capital humano y las oportunidades generadas por la economía en el marco de una nueva productividad social, al tiempo que disminuye las brechas de desigualdad y promueve una gran participación social en las políticas públicas como factor de cohesión y ciudadanía.

Los siguientes objetivos, estrategias y líneas de acción de la Meta 2, se vinculan con el tema de salud y adicciones:

Objetivo. Asegurar el acceso a los servicios de salud.

Estrategia I. Hacer de las acciones de protección, promoción y prevención un eje prioritario para el mejoramiento de la salud. Línea de acción: Reducir la prevalencia en el consumo de alcohol, tabaco y drogas ilícitas.

Estrategia II. Desarrollar y fortalecer esquemas de apoyo y atención que ayuden a las mujeres a mejorar sus condiciones de acceso a la seguridad social y su bienestar económico. Prevenir y atender la violencia contra las mujeres, con la coordinación de las diversas instituciones gubernamentales y sociales involucradas en esa materia.

Estrategia Transversal: Perspectiva de Género.

Líneas de acción

1. Impulsar esquemas integrales de servicios de salud sexual y reproductiva y prevención de VIH para adolescentes, jóvenes y mujeres adultas.

2. Realizar campañas para prevenir embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual especialmente dirigidas a población femenina adolescente y joven.

3. Fortalecer la prevención y atención de las adicciones con perspectiva de género.

4. Fomentar una perspectiva intercultural, intersectorialidad y de género en el diseño y operación de programas y acciones de salud.

5. Desarrollar protocolos y códigos de conducta para que los prestadores de servicios atiendan a las mujeres sin discriminación o misoginia.

6. Garantizar servicios de salud básicos, de prevención y atención a las mujeres reclusas y a sus hijos e hijas.

7. Consolidar la prevención, detección y atención integral de casos de violencia familiar en niñas, niños, adolescentes, adultos mayores y género.

8. Coadyuvar en campañas promotoras del derecho de niños, adolescentes, adultos mayores y mujeres a una vida libre de violencia.

9. Desarrollar campañas y acciones para difundir entre las familias las consecuencias del maltrato y la violencia familiar.

10. Fortalecer el desarrollo de capacidades de las adultas mayores, jóvenes, adolescentes y niñas en hogares carentes con jefaturas femeninas.

11. Difundir los derechos de mujeres en situación de vulnerabilidad: indígenas, discapacitadas, migrantes, adolescentes, pobres, adultas mayores y reclusas

12. Eliminar el lenguaje sexista y excluyente en la comunicación gubernamental escrita y cotidiana.

13. Promover el uso de lenguaje incluyente en los informes y documentos oficiales.

14. Difundir en el Programa de atención a padres de familia códigos de conducta en contra de la discriminación hacia las mujeres y en favor del lenguaje incluyente.

Un solo punto del plan nacional de desarrollo 2013-2018 habla específicamente el tratamiento de adicciones con perspectiva de género. Existe una estructura con un amplio presupuesto gubernamental para la prevención de adicciones así como para el tratamiento de las adicciones, enfocada principalmente a la atención de los varones.

El 19 de abril del 2016, el presidente Enrique Peña Nieto declaró frente a la Organización de las Naciones Unidas, (ONU) en su sesión especial UNGASS 2016, un decálogo antidrogas, y de manera paralela pidió que se incorporen “consideraciones de salud pública, prevención del delito y atención a factores sociales y económicos”.

El decálogo señala lo siguiente:

1 Refrendar la responsabilidad común y compartida del fenómeno global (consenso internacional, cada país adapta su política nacional).

2 Reforzar el frente y cooperación contra la delincuencia organizada transnacional.

- 3 Promover mandatos internacionales en agencias especializadas de Naciones Unidas.
- 4 Alinear esfuerzos y políticas de drogas a los compromisos de la Agenda 2030.
- 5 Atender los daños sociales ocasionados por el mercado ilícito de drogas y buscar una prevención integral de la violencia, exclusión y debilitamiento del tejido social.
- 6 Generar respuestas integrales y equilibradas de desarrollo, salud pública y derechos humanos.
- 7 Tratar el consumo de drogas como un asunto de salud pública (no criminalizar).
- 8 Privilegiar la proporcionalidad de las penas y las alternativas al encarcelamiento.
- 9 Sumar esfuerzos internacionales por una campaña global a niños y jóvenes.
- 10 Garantizar mejor acceso a sustancias controladas para fines médicos y científicos.

Al presentar el decálogo el presidente de México, destacó su propuesta de trabajar a favor de actualizar el marco normativo para autorizar el uso de la marihuana con fines médicos y científicos y elevar la cantidad de marihuana que puede ser considerada para uso personal a fin de no criminalizar a los consumidores.

El 21 de abril del 2016, el presidente el ejecutivo presenta ante el poder legislativo la iniciativa de decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley General de Salud y se reforma el párrafo tercero del artículo 195 del Código Penal Federal. Con esta propuesta se suprime la prohibición contenida en la Ley General de Salud, para la elaboración, preparación, acondicionamiento, adquisición, posesión, comercio, transporte, prescripción médica, suministro, empleo, uso, consumo y, en general, todo acto relacionado con “tetrahidrocannabinol”, exclusivamente cuando dichas consultas se realicen con fines médicos.

Las políticas prohibicionistas no han reducido la prevalencia del abuso de drogas y ha generado mayor impacto negativo sobre la salud. Principalmente como la transmisión de VIH, hepatitis y otras enfermedades entre usuarios de drogas inyectables, la restricción en el acceso a medicamentos esenciales para pacientes que los necesitan, así como la discrimi-

nación y criminalización de los usuarios de drogas, los productores y graves violaciones a los derechos humanos.

Agencias de las Naciones Unidas como Onumujeres, Unicef, la OMS, el PNUD, entre otras, se han unido al debate aportando evidencia de los efectos negativos que las actuales políticas contra las drogas han generado sobre las mujeres, los niños y niñas, la salud y desarrollos humanos.

En este sentido, y de manera particular, la Corte Interamericana de Derechos Humanos ha observado que el homicidio de mujeres por razones de género se enmarca en “una situación estructural y un fenómeno social y cultural enraizado en las costumbres y mentalidades y que estas situaciones están fundadas en una cultura de violencia y discriminación basada en el género”. Por lo tanto, corresponde a los Estados adoptar medidas para prevenir, investigar y castigar estos delitos.

Al respecto la Comisión recomienda que los Estados desarrollen protocolos estandarizados de investigación de los homicidios descritos, con una perspectiva de género. Y de manera paralela recomienda que los los Estados adopten medidas con una diligencia estricta, para prevenir la violencia contra las niñas, las adolescentes y las mujeres, en todas sus manifestaciones. ¿Qué ha hecho México al respecto?

En general, la respuesta del Estado mexicano no es suficiente para prestar una adecuada protección a los grupos más afectados por estas condiciones, para garantizar sus derechos y prevenir que sean captados y utilizados por el crimen organizado y todo lo que ello conlleva. Por otro lado, las políticas de control y de represión aplicadas principalmente a los consumidores problemáticos de drogas, a través del sistema penal y de la privación de la libertad, en detrimento de los programas de rehabilitación y reinserción social.

Encerrando aquellos que se encuentran en condiciones muy precarias, exponiéndolos a situaciones de abuso y violencia en las prisiones y los centros de rehabilitación privados (cuando los hay). Sin ofrecer las condiciones necesarias que se requieren para su rehabilitación, tratamiento, reinserción y vinculación de manera positiva en la sociedad y con su familia.

Posterior a UNGASS 2016, Lisa Sanchez, coordinadora de política de drogas de México Unido, asegura que “En la sesión se aceptó el documento de resultados previamente realizado en Viena (22 de marzo) y después se debatió en las cinco mesas redondas”.

Acepto que hay un avance el cual se demostró en el discurso de los presidentes de México, Colombia y Guatemala. Enrique Peña Nieto, asiste al evento, previamente ya había cancelado y de último momento sorprende con su asistencia y su discurso.

En lo que coinciden los países latinoamericanos es en el consenso en relación a las políticas prohibicionistas no han dado el resultado esperado y planteado para el 2019 planteadas en el documento del milenio. Y que es el principio de un cambio de visión para el mundo respecto al tema de las drogas. Es la primera ocasión que el presidente de México habla acerca del tema de género, considerado principalmente para la prevención y atención de las adicciones, al menos en el discurso.

Se incorpora el tema de derechos humanos, visión de desarrollo, ponen al ser humano (las personas) en el centro de la política y piden la no intervención unilateral de Estados Unidos en el tema de las drogas en los países latinoamericanos. “Transitemos de la prohibición a la prevención eficiente y la regulación eficaz” menciona el presidente de México en su discurso en la sesión especial de UNGASS del 19 de abril 2016.

Posterior a la sesión especial de UNGASS 2016, como lo mencione anteriormente el presidente realizó la iniciativa de despenalización de la marihuana, la cual no ha pasado a la comisión de salud a cargo del Senador Lopez Brito. Lo que parece indicar que será hasta el próximo período de sesiones del Senado durante el mes de septiembre del 2016 para que dicha iniciativa sea analizada, consensuada y votada por los diversos grupos parlamentarios. Dicha iniciativa de reforma al código penal y Ley General de Salud, está determinada por los diversos temas políticos y momentos electorales que vive el país.

Orden Estatal

En México cada entidad federativa cuenta con su Consejo Estatal contra las adicciones (CECA), para el caso de Baja California y de acuerdo a su acuerdo de creación del Consejo Estatal Contra las Adicciones, el cual tiene por objeto concertar, coordinar, promover, implementar y evaluar los esfuerzos que se realizan en la lucha contra las adicciones al alcohol, tabaco y drogas diversas. Para que éste pueda cumplir con su objeto, e impulsar las acciones que forman parte de los programas contra las adicciones que se realicen, es necesario dotarle de una estructura interna enfocada a la actividad que está destinada y a

las necesidades de una división lógica del trabajo en congruencia con las atribuciones que le corresponde ejercer.

El CECA en Baja California fue creado el 20 de agosto de 1996, en donde, se firmó el acuerdo de colaboración con el gobierno Federal para trabajar de manera conjunta las acciones contra las adicciones. El 3 de diciembre de 1999 se creó el reglamento interior del CECA en donde, se pide la creación de los Consejos Municipales contra las adicciones (COMCA) y trabajo en conjunto y coordinado entre los tres órdenes de gobierno.

El CECA depende de la Secretaria de Salud del Estado de Baja California y se apega a las disposiciones de la Ley de Salud para el estado de Baja California. Se conforma de un presidente (gobernador del estado), Coordinador (secretario de salud en el estado) un secretario técnico (que es designado por el gobernador) y un patronato (conformado por organismos de la sociedad civil y organismos empresariales)

El Instituto de Psiquiatría del estado de Baja California, cuenta con el programa de Centros de rehabilitación el cual tiene el objetivo de formar centros de rehabilitación capacitados y evaluados, con mejores instalaciones, un nivel adecuado en la prestación de los servicios así como proporcionar orientación sobre los procedimientos y criterios en materia de diagnóstico, tratamiento y detección de enfermedades infecto-contagiosas y de transmisión sexual que permita finalmente brindar mejor atención a los usuarios y asimismo reducir la incidencia del uso y abuso de sustancias adictivas.

Las acciones que se realizan a través de este programa son visitas mensuales a cada una de las instituciones que brindan atención de tratamiento de adicciones en el estado, con la finalidad de capacitar y evaluar que cumplan con los requisitos mínimos establecidos que marca la Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA-1999.

La Comisión Interdisciplinaria de Centros de Rehabilitación (CICER), conformada por organismos de la sociedad civil del gobierno del estado, tiene como principal interés promover la normatividad y asistencia financiera para las instituciones de rehabilitación. A través de esta comisión, se ha logrado fortalecer las acciones de colaboración entre el sector gubernamental y social, permitiendo la visita y asesoría a cada uno de los centros de rehabilitación, logrando por consenso general de la CICER que no se extienda registro ante esta comisión a ningún centro de rehabilitación que tenga porcentaje menor al 80% de cumplimiento a la NOM-028-SSA-1999.

De manera paralela en Baja California se cuenta con el Observatorio estatal de adicciones de Baja California, el cual se busca sea un instrumento que brinde información específica acerca de las dimensiones del problema de las adicciones en el Estado. Significa tener la posibilidad de conocer de manera detallada la magnitud de la incidencia y prevalencia de las adicciones en el estado. Con la finalidad de actualizar los datos anualmente y brindar la posibilidad de captar las modificaciones que va sufriendo el fenómeno de las adicciones.

De acuerdo a información brindada por el Instituto de Psiquiatría del estado de Baja California del 2013 al 2016 se han atendido en el estado a 782 mujeres adultas y 20 mujeres adolescentes, señalando la acción de “Brindar atención medica y tratamiento a las adicciones desde una perspectiva de género” Los programas que trabaja gobierno del estado para el tratamiento y rehabilitación de mujeres fármaco dependientes son: Reconstrucción personal y FORMA.

El programa de reconstrucción personal ofrece una opción profesional para el tratamiento de las adicciones dentro y fuera de CE.RE.SO. Esta elaborado tomando una perspectiva multidisciplinaria de atención, apoyándose en herramientas médico-psiquiátricas así como psicológicas. El programa Reconstrucción Personal se divide en las siguientes etapas: a) Esclarecimiento, b) Desintoxicación Rápida, c) Reconstrucción, d) Enfrentamiento-Confrontación y e) Reinserción. Es un programa enfocado a atender a personas con problemas de adicción. Es un enfoque Integral, que cubre las necesidades físicas, emocionales y cognitivas del individuo.

El objetivo es acompañar y ayudar al adicto a desarrollar la conciencia de enfermedad, orientándole a identificar claramente pensamientos y conductas negativas, enfocándolo al cambio saludable. Reconstrucción Personal se encuentra en todas las Instituciones Penales de Baja California, trabajando con adultos y adolescentes Internos, al igual que liberados, brindándoles el soporte necesario para una verdadera rehabilitación y readaptación a la sociedad. Es un programa que se ofrece tanto para hombres como para mujeres sin destacar la perspectiva de género.

FORMA es un programa preventivo escolar, contra las adicciones, que brinda servicios de prevención universal y selectiva a niños y adolescentes en todo el estado. El objetivo es disminuir la incidencia y prevalencia de las adicciones en el estado, contribuyendo

positivamente en el impacto social, económico y de salud de la población. Esto a través de la detección de la población escolar en situación de riesgo a través de la aplicación de un cuestionario de evaluación dirigido a jóvenes estudiantes de escuelas primarias y secundarias, con el apoyo del personal docente de la institución educativa.

El manejo de los factores de riesgo en los niños detectados y sus padres es a través de terapia grupal, dinámicas grupales, ejercicios y tareas. Asistiendo una vez a la semana con sus padres a los centros nueva vida. Con los nuevos Centros Nueva Vida en el estado los niños son atendidos dentro de su colonia por psicólogos especializados en el área de adicciones.

De acuerdo al Instituto de Psiquiatría del estado de Baja California (IPEBC), en el estado existen 26 centros de tratamiento y rehabilitación para mujeres fármaco dependientes. En Ensenada ocho, Mexicali cinco, Rosario uno, Tecate uno y Tijuana once. La relación de gobierno del estado a través de las dependencias correspondientes con los centros de rehabilitación y tratamiento para mujeres en el estado es de “colaboración brindándoles asesoría y capacitación continua sobre el cumplimiento a la Normatividad Vigente y para formación de consejeras en lo establecido en el estándar mexicano de consejera en adicciones”.

La relación que existe entre los tres órdenes de gobierno de acuerdo a la versión de gobierno del estado es de “cercana comunicación y coordinación con nuestro homologo federal para generar capacitación continua del personal y así mantener actualizado a todo el personal profesional, además de trabajar con las instancias municipales en los temas que nos competen para generar mayor cercanía a quienes requieren los servicios de atención de adicciones de una manera sensible y humana”

Para el gobierno estatal de Baja California lo que falta por hacer en materia de tratamiento y rehabilitación de mujeres fármaco dependientes es “continuar con los esfuerzos de capacitación a las directivas y responsables de los Establecimientos Especializados en Tratamiento de Adicciones (EETA), así como la formación continua en la profesionalización del personal encargado de la consejera en adicciones y su seguir acercando a la ciudadanía los servicios gratuitos en atención a las adicciones del IPEBC, así como los servicios confiables que otorgan los EETA”

De acuerdo al Plan estatal de Baja California la estrategia es “Brindar atención médica y tratamiento de adicciones desde la perspectiva de género” Esto dentro de su línea de acción de la agenda de las políticas transversales, en la directriz de Equidad de género.

Orden municipal

Tijuana, ciudad fronteriza que colinda con una de las ciudades más importantes Estados Unidos, San Diego. Tijuana cuenta a la fecha con una población de un 1 millón 722 mil 348 habitantes, de los cuales el 50% son mujeres que la mayoría están entre los 15 y 64 años de edad esto de acuerdo a los apuntes de población de Baja California que emitió el Comité de planeación del Estado. Siendo la frontera de México más visitada y con una problemática diversa y de crecimiento constante en relación al consumo problemático de drogas dentro de su comunidad.

En Tijuana se cuenta con el Instituto Municipal contra las adicciones (IMCAD) creado el 6 de diciembre del 2013. Depende de la Secretaria de Desarrollo Social municipal y su objetivo es elaborar e implementar las políticas públicas destinadas a atender, apoyar, promover y mejorar las condiciones de vida de la población vulnerable a las adicciones. Tiene la facultad de planear, programar, organizar y promover programas orientados a la prevención, tratamiento y rehabilitación del consumo de sustancias psicoactivas en la ciudad de Tijuana, Baja California.

La estructura orgánica con la que cuenta el IMCAD y de acuerdo a su reglamento interior en su artículo 12.

Dirección

Subdirección Operativa

- a) Coordinación de Prevención de Adicciones
 - 1. Departamento de psicología de la Prevención
 - 2. Departamento de Comunicación, Difusión y Promoción
 - 3. Departamento de Investigación y Fortalecimiento Institucional.
- b) Coordinación de Tratamiento y Reinserción Social
 - 1. Departamento de Atención Médica

2. Departamento de Trabajo Social
3. Departamento de Consultores
4. Departamento de Psiquiatría
5. Departamento de Psicología de Tratamiento

B. Subdirección Administrativa

- a) Coordinación de Programación y Presupuestos
- b) Coordinación de Contabilidad

Dentro de su estructura y del reglamento interior del Instituto municipal contra las adicciones no se aprecia una visión con perspectiva género. Ya que todas las facultades y atribuciones así como las áreas están encaminadas a la atención de varones. En el artículo 2 del reglamento es el único que de manera verbalizada y escrita utiliza conceptos relacionados con la distinción del sexo “adicto (a)”.

De acuerdo a las autoridades municipales las políticas públicas en materia de tratamiento y rehabilitación de mujeres fármaco dependientes implementadas por el XXI Ayuntamiento de Tijuana han sido “... brindar respuesta a la demanda de adicciones a toda aquella población que lo solicite a través de los diferentes programas activos dirigidos para la población en general hasta grupos específicos y atención individual según sea el caso”.

Los programas que se han implementado del 2013 al 2015 van encaminados a la prevención. Prevención primaria (información brindada por la sindicatura), en donde se trabaja con los programas de prevención para todos, a través de las jornadas médicas asistenciales, platicas de prevención de adicciones y platicas ¿Qué falta en tu casa? así como diversas capacitaciones. En prevención secundaria, existe el programa “Ponte las pilas contra las adicciones” a través de cinco talleres psicoeducativos (Luchito contra las adicciones, Habilidades para la vida, Padres y madres con valor, Operadores del transporte público, platica en la estancia municipal de infractores)

En prevención terciaria está el programa de tratamiento y rehabilitación denominado “Comunidad Terapéutica de Rehabilitación y Reinserción Social del Adicto” (COTRR-SA) el cual se encuentra dirigido a la atención de consumidores problemáticos de drogas, la atención es totalmente gratuito, y el programa tiene una duración de 9 meses, el único requisito es que el internamiento sea voluntario.

Las autoridades municipales en Tijuana encargadas del tratamiento y rehabilitación de mujeres fármaco dependientes no cuentan con información respecto al número de mujeres que consumen drogas en la ciudad. Tampoco cuentan con la información respecto a los diversos centros de rehabilitación y tratamiento que existen en la ciudad. Identifican los espacios con los que el gobierno estatal y federal tienen registrados ante el Sistema de vigilancia epidemiológica de las adicciones así como en el Centro Nacional para la prevención y control de las adicciones.

Teniendo contabilizado y registrado 18 espacios que brindan apoyo en tratamiento y rehabilitación de adicciones para mujeres. Información que se contrapone a la presentada por el gobierno estatal a través del IPEBC (ya que afirman la existencia de once EETA) Sin embargo, existen espacios que si bien no son clandestinos aún no cuentan con dicho registro dentro del SISVEA operan y dan atención a la comunidad femenina de la ciudad. Dichos espacios no son contabilizados ni atendidos por las autoridades, lo que puede atentar contra los derechos humanos de las usuarias.

Sin embargo, IMCAD asegura tener una relación de “...coordinación...con organismos privados y de la sociedad civil que brindan tratamiento de adicciones”. La realidad es que a pesar de contar con un departamento de investigación y fortalecimiento institucional que es la encargada de investigar y publicar información relacionada con la enfermedad de las adicciones, prevención y tratamiento de las mismas, así como de generar convenios de colaboración que incidan en proyectos que ayuden en la prevención de adicciones. No hay un área definida para estar en constante relación, colaboración y coordinación con los diversos centros de rehabilitación y tratamiento que existen en la ciudad de Tijuana.

La relación que existe entre los tres órdenes de gobierno desde la perspectiva municipal es de “...apegarse a los regímenes de la Comisión Nacional Contra las Adicciones como del Centro Nacional para la prevención y el control de las adicciones...” Gobierno del estado a través del IPEBC y la Ley de Salud para el estado de Baja California ha establecido que el conducto para bajar las líneas de operación de los diversos programas del orden federal y estatal es contar con el Comité Municipal Contra las Adicciones (COMCA) el cual a lo largo del XXI Ayuntamiento de Tijuana no se ha instalado.

El COMCA se crea como órgano de carácter multisectorial e interinstitucional para la consulta, estudio, análisis, discusión y evaluación de la problemática de las adicciones en

el Municipio de Tijuana, Baja California, y derivado de ellos la emisión de opiniones y recomendaciones a los órganos municipales de salud o que dentro de sus facultades tienen relación o trato con personas que requieren rehabilitación por el consumo inmoderado de drogas, alcohol u otros insumos que causan daño en la salud, buscando siempre la coordinación y representación del Gobierno Municipal en trabajos del tema con el Gobierno Federal a través del Consejo Nacional contra las Adicciones y con el Gobierno Estatal a través del Consejo Estatal contra las Adicciones.

El Comité municipal contra las adicciones, se conforma de acuerdo al artículo 3 de su reglamento interior de la siguiente manera:

I. Autoridades Municipales:

- a. El Presidente Municipal, quien fungirá como Presidente del Comité;
- b. El Titular de la Dirección Municipal Contra las Adicciones (DIMCA), quien fungirá como Coordinador General del Comité;
- c. Regidor Presidente de la Comisión de Asistencia, Salud, Desarrollo Social y Humano (Comisión que ya no existe y actualmente se ha dividido en la Comisión de desarrollo social y la Comisión medio ambiente, desarrollo sustentable y salud);
- d. El Secretario de Seguridad Pública;
- e. El Titular de la Dirección Municipal de Salud;
- f. El Director del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF Municipal);
- g. El Director del Instituto Municipal del Deporte;
- h. El Director del Instituto Municipal de la Juventud;
- El Director del Instituto Municipal de la Mujer

II. Representante de Instituciones de salud:

- a. El Jefe de la Jurisdicción de Servicios de Salud en Tijuana;
- b. El Representante del Instituto de Psiquiatría del Estado de Baja California.

III. Un representante de la Universidad Autónoma de Baja California, Zona Costa;

IV. Un representante del Colegio de Profesionistas;

V. Un representante de los Centros de Integración Juvenil;

VI. Un representante de Grupos Religiosos;

VII. Un representante de la Asociación de Periodistas de Tijuana (APT);

VIII. Un representante de los Clubes Sociales;

De acuerdo a la estructura del COMCA se presenta la posibilidad de analizar el tema de las adicciones y principalmente de la prevención y rehabilitación de consumidores problemáticos, desde una perspectiva genero a través de la presencia de instituciones encargadas de la atención de las mujeres en Tijuana, como lo es el Instituto municipal de la mujer.

En el Plan municipal de desarrollo de Tijuana 2013-2016 la estrategia para atender a las mujeres fármaco dependientes que desean recuperarse y tener un tratamiento de rehabilitación, son las siguientes:

Estrategia 1.2.1 Fortalecer la prevención de adicciones en personas de todas las edades, particularmente de alcoholismo y drogadicción.

Estrategia 2.2.1 Fortalecer la prevención en el uso de sustancias psicotrópicas y alcoholismo.

Lo anterior nos muestra que no existe una verdadera visión con perspectiva de género respecto a la atención de las mujeres fármaco dependientes en Tijuana. Desde lo que está plasmado en su plan municipal, su estructura gubernamental en materia de adicciones y en su relación con los centros de rehabilitación y los órdenes de gobierno federal y estatal.

Centros de rehabilitación y tratamiento en Tijuana

Para efectos del documento se entrevistó a tres directores de centros de rehabilitación en Tijuana, a) Dr. Rafael Palacios director de Centros de Integración Juvenil CIJ, b) Mtra. Norma Esquivel de Márquez Arce directora de la Comunidad Terapéutica de Rehabilitación y Reinserción Social de la mujer migrante, COTRRSAMM y c) José Ramón Arreola Valera director y presidente del consejo directivo del Centro de Integración y Recuperación para Enfermos de Alcoholismo y Drogadicción CIRAD.

La Comunidad Terapéutica de Rehabilitación y Reinserción Social de la mujer migrante, COTRRSAMM fue fundada en noviembre del 2014, por Damas Voluntarias A.C. un grupo de mujeres tijuanaenses que se dieron a la tarea de reunir recursos, gestionar un espacio y conjuntar a los especialistas para generar un programa de tratamiento y rehabili-

tación diseñado exclusivamente para mujeres. En donde, se considerara el aspecto emocional, familiar, físico, mental y espiritual.

En México de acuerdo a la norma oficial mexicana 028, para la prevención, tratamiento y control de las adicciones, el objetivo del tratamiento en adicciones es el logro y mantenimiento de la abstinencia y el fomento de estilos de vida saludables. La norma establece que la atención debe brindarse en forma ambulatoria o bajo la modalidad de internamiento, a través de un modelo profesional, de ayuda mutua, mixto o modelos alternativos.

El modelo profesional, está relacionado con la oferta de servicio de atención, a través de consulta externa, urgencias y hospitalización, y esta manejado por profesionales de la salud. El modelo de ayuda mutua es ofrecido por agrupaciones de adictos en recuperación cuyo propósito fundamental es incidir, en la conducta del enfermo así como en los problemas existenciales y emocionales que el enfermo adicto tenga.

Los programas de ayuda mutua que son los que utiliza Alcohólicos Anónimos, denominados los 12 pasos. Los modelos alternativos son aquellos que brindan servicios de tratamiento a través de diversas técnicas y métodos sin poner en riesgo la integridad física y psicológica de los usuarios. COTRRSMM, es un proyecto que de acuerdo a la norma mexicana 028 es un modelo alternativo. Esto debido a que utiliza una metodología alterna, en donde, combina la ciencia y la religión.

El modelo de COTRRSMM fue tomado de la comunidad terapéutica de rehabilitación y reinserción social del adicto “COTRRSA”; fortalecido con el elemento espiritual y adecuado a las necesidades de las mujeres. COTRRSA es un establecimiento especializado en el tratamiento y rehabilitación de adicciones para hombres que dependen del Ayuntamiento de la ciudad (a través del Instituto municipal contra las adicciones) y que a partir del 2008 ha ofrecido sus servicios a cientos de enfermos adictos en Tijuana. Proyecto único de esta naturaleza en México.

La columna vertebral de COTRRSMM es la sanación emocional, física, mental y espiritual. Para el desarrollo de dicha sanción se realiza un programa de trabajo, en donde, se ofrecen clases de fitness, desarrollo humano, recuperación personal, amor y perdón, valores, programación neurolingüística, costura, cocina, inglés, computación, primaria o secundaria (de acuerdo a las necesidades de las mujeres que están internas) espiritualidad (bajo los preceptos de la religión católica), espiritualidad (bajo los preceptos de la religión

cristiana), espiritualidad (bajo los preceptos de la yoga y meditación) como sanar emociones, acompañada de las juntas diarias de AA y los 12 pasos.

COTRRSAM es denominada “comunidad terapéutica” ya que se busca que se genere una unión entre Damas Voluntarias A.C. (gestoras y administradoras del recurso), las enfermas adictas en recuperación, la dirección, las consejeras en adicciones, el médico, las psicólogas, la familias de las enfermas, la sociedad en general y las egresadas de dicho programa. Hasta septiembre del 2015 han ingresado 108 mujeres y 18 de ellas han concluido el programa de manera exitosa y continúan sin consumir fármacos, acuden a sus pláticas de AA y se mantienen en contacto con COTRRSAMM a través de la recientemente formada FRATERNIDAD.

En donde, se reúnen mensualmente para compartir sus experiencias de vida, antes, durante y después del proceso de rehabilitación con las mujeres que se encuentran viviendo su proceso de rehabilitación. Lo anterior con la finalidad de darle seguimiento a las egresadas, fortalecer los lazos entre ellas y lograr su colaboración con la comunidad. Es importante destacar que la regla básica de acceso al programa que es gratuito, es que las mujeres decidan ingresar de manera voluntaria.

La relación que existe entre COTRRSAMM y el orden federal es nula, ya que es a través del gobierno estatal que se busca la certificación y registro ante SISVEA y el beneficio del programa de “Recuperación personal” y “FORMA”. Con el orden municipal, lleva una relación de donativos en especie por parte de DIF (colchones, ropa y comida) así como el apoyo con el tema de los hijos de las mujeres fármaco dependiente en recuperación interna en COTRRSAMM. Sin embargo, con la dependencia responsable del tema de adicciones IMCAD, la relación es nula.

Centros de integración juvenil (CIJ), nace por decreto constitucional 1979. Organismo desconcertado que depende de la secretaria de salud, el cual es regulado por el gobierno federal. Cuenta con un patronato Nacional conformado por académicos, empresarios e investigadores y expertos en el tema de adicciones. A nivel nacional cuenta con 115 unidades de atención externa y diez unidades de hospitalización; una de ellas se encuentra ubicada en Tijuana.

El plan terapéutico con el que trabaja CIJ, está basado en enfocarse en la toma de decisiones del paciente, es decir, en sus diversas áreas de vida. Considerando con ello, el

aspecto físico, familiar, emocional, mental y social. Existen tres opciones de rehabilitación y tratamiento para las mujeres enfermas adictas en recuperación. La primera es la atención externa durante 3 meses una o dos visitas por semana; con atención a su familia, sesiones grupales, compromisos personales y profesionales; ya que se les pide sean funcionales, es decir, que realicen alguna actividad (estudiar o trabajar)

La segunda opción está basada en una atención de terapias grupales e individuales, psicoterapia, talleres sobre habilidades sociales, estilos de vida saludables, valores, autoestima, trabajo de emociones, pasatiempos y reinserción. El proceso dura 9 meses y acuden diariamente de 7 am a 8 pm. Duermen en su casa; lo denominan centro de día.

La tercera opción, consiste en una hospitalización (de día y de noche) de 90 días, recibe atención médica, psicológica y de habilidades para la vida. Después de los 90 días de internamiento se le da la oportunidad de salir los fines de semana, cuando el psicólogo lo autorice puede salir a dormir en su casa para posterior a los seis meses pueda reinsertarse en la sociedad. Continuando con su atención psicológica mensual. La familia de la mujer en recuperación también es participe de estas sesiones psicológicas, cuando así lo amerita.

La consulta, la hospitalización y el tratamiento tienen un costo mínimo (que oscila entre los 30 y 150 pesos diarios), el costo es derivado de un estudio socioeconómico. Se trabaja bajo la premisa de que el ingreso y atención que brinda CIJ a las enfermas adictas en recuperación, es porque acudieron de manera voluntaria. En CIJ existen (hasta septiembre del 2015) 6 mujeres internas. Desde 1973 se abrió el espacio para mujeres, sin embargo, fue hasta principios del 2000 que las mujeres empezaron a internarse para llevar un tratamiento de rehabilitación de adicciones.

De acuerdo a la información brindada por CIJ tiene el 70% de efectividad en el tratamiento de adicciones en hombres Sin embargo, no hay un seguimiento en el éxito del tratamiento y rehabilitación de mujeres que estuvieron hospitalizadas en la unidad Tijuana, ya que la mayoría de ellas abandona el proceso de rehabilitación, y cuando lo finaliza se cambia de dirección (derivado generalmente de regreso al consumo o cambio de pareja sentimental)

Centros de Integración Juvenil está registrado ante SISVEA (reporta mensualmente) y ante CENADIC. Convirtiéndolo en una política pública del gobierno federal. Recibe el 2% del presupuesto designado para la prevención y tratamiento de adicciones en México.

La nómina de 27 empleados (para el caso de Tijuana) es cubierta y administrada por el gobierno federal. Y cumple con la cláusula de “Quienes realicen estrategias de reducción del daño, deben contar con programa por escrito, el cual debe estar basado en la ciencia y contar con el aval técnico del CONADIC”.

El Centro de Integración y Recuperación para enfermos de Alcoholismo y Drogadicción, CIRAD nace en 1991 y es hasta 1993 que se abre un área para la atención de mujeres (adultas y menores de edad) en el denominado CIRAD 2 ubicado en la colonia Sánchez Taboada. Las enfermas adictas en recuperación que ingresan a CIRAD pagan una cuota de recuperación de \$6000 pesos para poder ingresar y cada semana de manera voluntaria se ofrecen donaciones en efectivo o en especie.

CIRAD cuenta con convenios de colaboración con diversas empresas para que las mujeres que hayan concluido sus tres primeros meses de tratamiento puedan salir a trabajar o realizar actividades que les generen un ingreso económico. Y también participan en la venta de algunos de los productos que son donados a CIRAD por diversas empresas u organizaciones.

Reciben apoyo económico mensual por parte de gobierno del estado a través del IPEBC y su programa de Centros de rehabilitación, ya que cuentan con el registro de organismos de la sociedad civil. CIRAD trabaja con el modelo de ayuda mutua acompañada de un programa de consejería de avalado y certificado por la Organización de Estados Americanos (OEA) y la CENADIC (certificación anual) y el IPEBC (certificación mensual) La relación que tienen con el ayuntamiento es a través de DIF municipal y la Secretaría de desarrollo social en su dirección de Organismos de la sociedad civil y consejo. Y con el área encargada del tema de adicciones IMCAD, la relación había sido nula hasta septiembre del 2015.

El programa que llevan las enfermas adictas en recuperación en CIRAD consta de: terapia grupal, atención psicológica, soporte espiritual (una hora a la semana, los domingos), clases de belleza, INEA para quienes lo requieran, taller de valores, y Ayuda mutua. Para poder graduarse las mujeres deben terminar su proyecto de vida. Su familia también recibe apoyo psicológico, se les invita acudir a las sesiones de AL-ANON. Durante el primer año posterior a su rehabilitación, se recomienda seguir acudiendo a CIRAD para continuar con las juntas de ayuda mutua y las sesiones de atención psicológica.

Es importante señalar que de acuerdo a la experiencia de CIRAD por más de 23 años atendiendo a mujeres de todas las edades y estratos sociales, es que las mujeres son más difíciles que concluyan su programa. Esto debido a la ausencia de sus hijos y de su pareja (que por lo regular también son enfermos adictos) El porcentaje de éxito de CIRAD, dicho por ellos mismos es de 40%. Y no se les da seguimiento a las mujeres que egresan de CIRAD, cuando dejan de acudir a sus reuniones.

Mujeres fármaco dependientes en recuperación o tratamiento

Para efectos del documento realicé diez entrevistas a mujeres entre los 57 y 19 años de edad que se encontraban internas y en tratamiento en la Comunidad Terapéutica de Rehabilitación y Reinserción Social de la adicta migrante, COTRRSAMM. Su estancia oscilaba entre los tres y 8 meses. Las entrevistas se realizaron durante 10 semanas (del 28 de mayo al 31 de julio del 2015)

La mayoría de las mujeres ya había estado en otros centros de rehabilitación y su percepción y experiencia era de violencia física, emocional y sexual. El 60% de las chicas entrevistadas había estado en más de dos centros de rehabilitación o lugares de tratamiento. El 80% de ellas habían estado en lugares mixtos (convivían con hombres) lo que las llevó a iniciar relaciones de afecto con algunos de los enfermos en recuperación. Rompiendo con los programas y las reglas escritas de dichos centros.

El 70% de las internas entrevistadas eran madres de más de dos hijos cada una y el 90% de ellas hablan practicado el oficio de la prostitución. El 60% de ellas terminó la secundaria y el 40% la preparatoria, ninguna contaba con estudios de licenciatura. Ninguna tenía pareja a partir de su ingreso a COTRRSAMM, fueron abandonadas ya que el 100% de la mujeres su pareja era consumidor problemático activo. Una de las principales características que comparten las mujeres entrevistadas fue la necesidad y la urgencia de un tratamiento prolongado, dado el tiempo y la intensidad del consumo (más de 10 años de consumo)

El 80% de las consumidoras en rehabilitación había sufrido abuso sexual en su infancia por un familiar (padre, abuelo, primo y tío) y el 70% de ellas tenían padres, padre o madre, hermanos, abuelo o abuela adictos. El alcohol es la primera droga de inicio, todas

en la infancia entre los 8 y 11 años de edad. Todas eran policonsumidoras (alcohol, cigarro, marihuana y otra) y la última droga que sumaron fue el 50% el cristal, el 30% la heroína, el 10% el cocodrilo y 10% la cocaína.

Todas las mujeres entrevistadas coincidieron en que el programa de COTRRSAMM es muy diferente a lo que habían vivido o escuchado. Desde la filosofía del respeto a ser un internamiento VOLUNTARIO, que sea gratuito, que no la saquen a trabajar al mes del programa y en beneficio de la institución, las actividades diversas y adecuadas a las necesidades de una mujer, dirigida por mujeres, con consejeras profesionales, ex adictas pero capacitadas. El 30% de las mujeres entrevistadas al finalizar la décima semana se escaparon, siendo su cuarto o quinto mes dentro del programa.

Al gobierno municipal lo ven como represores, ya que su único contacto con él es la policía municipal. Quien en la mayoría de las ocasiones las extorsionaron, las abusaron y violaron sus derechos humanos. Del gobierno del estado, el 20% de las mujeres entrevistadas indicó que su único contacto había sido a través del Hospital general y el resto no sabía cómo identificar al gobierno estatal. Y en relación al gobierno federal todas lo relacionaron con el presidente de la República y con el ejército (para la detención de los narcotraficantes), sin identificar a ninguna institución que pudiera apoyarlas en materia de tratamiento y rehabilitación.

El 60% había perdido su hogar y su familia, no sabían de sus hijos, padres o hermanos. Únicamente de su pareja sentimental (que en su mayoría era su padrote, proveedor o amigo sexual y de fiesta) Posterior a que llegó la sobriedad a sus vidas, entran en un proceso de ansiedad física y emocional. La primera derivada de los cambios químicos por el proceso de desintoxicación que se encuentran viviendo y la segunda derivada de la sobriedad que las lleva a la reflexión sobre lo que dejaron atrás, como sus hijos, padres o familia así como sus pertenencias y todo el daño que pudieron generar a la sociedad, a ellas mismas y su familia.

Las políticas públicas en materia de tratamiento y rehabilitación de adicciones en México con perspectiva de género, se encuentran en crecimiento y fortalecimiento. Ya que pareciera que se queda únicamente en el discurso del Plan Nacional de Desarrollo y ocasionalmente en los discursos o la verbalización del tema por parte del presidente en eventos internacionales como fue el caso reciente de la sesión extraordinaria de UNGASS 2016.

De acuerdo al informe mundial de adicciones 2015, los espacios para la rehabilitación y tratamiento a nivel mundial son insuficientes; especialmente para las mujeres enfermas adictas. La rehabilitación y el tratamiento de adicciones con una perspectiva de género se convierte en un tema importante dentro de las políticas públicas en los últimos años en México, dado el incremento de consumo por parte de las mujeres y la ausencia de programas de atención más adecuados para este sector.

La oferta de la sociedad civil en materia de tratamiento y rehabilitación en Tijuana, aún sigue siendo la principal base de apoyo de los gobiernos locales. Debido a la falta de espacios para la rehabilitación y tratamiento de mujeres fármaco dependiente, la sociedad civil ha tenido que tomar acción, en dicha problemática. En este sentido, la política pública existe siempre y cuando las instituciones estatales se ocupen total y parcialmente de la tarea de lograr objetivos valorados como deseables y necesarios para la sociedad, para el caso de la atención de los varones se da. Sin embargo, para la atención de las mujeres no existe.

El Estado mexicano se ha deslindado de sus responsabilidades sobre la atención de las usuarias problemáticas que desean rehabilitarse. Permitiendo en este sentido que la sociedad civil y el sector privado sean los proveedores de los servicios de tratamiento y rehabilitación para las mujeres. Aunado al olvido de la reglamentación, vigilancia y fiscalización de los diversos centros, comunidades terapéuticas, comunidades religiosas o anexos; que muchos de los cuales operan sin respeto por los derechos humanos de los usuarios y a un costo económico que sobre pasa las posibilidades de los familiares y de las propias consumidoras.

El hecho de que México genere políticas públicas bajo un enfoque prohibicionista y represivo genera que no distinga diferentes tipos de usos ni de sustancias así como las diversas necesidades en base al género. Esta corta visión de las autoridades mexicanas impacta en los derechos fundamentales de los usuarios de drogas, principalmente de las mujeres. En México se da prioridad al control de la oferta de drogas ilícitas más que al consumo o demanda, lo que conlleva a la falta de respuestas sociales y de salud.

Posterior a la sesión extraordinaria UNGASS 2016, se ha llegado al consenso de que el prohibicionismo ya no es la mejor postura de la política de drogas en México, habrá que replantear la visión y el trato que se le dará a los consumidores, especialmente a los que desean rehabilitarse y reinsertarse en la sociedad, especialmente las mujeres.

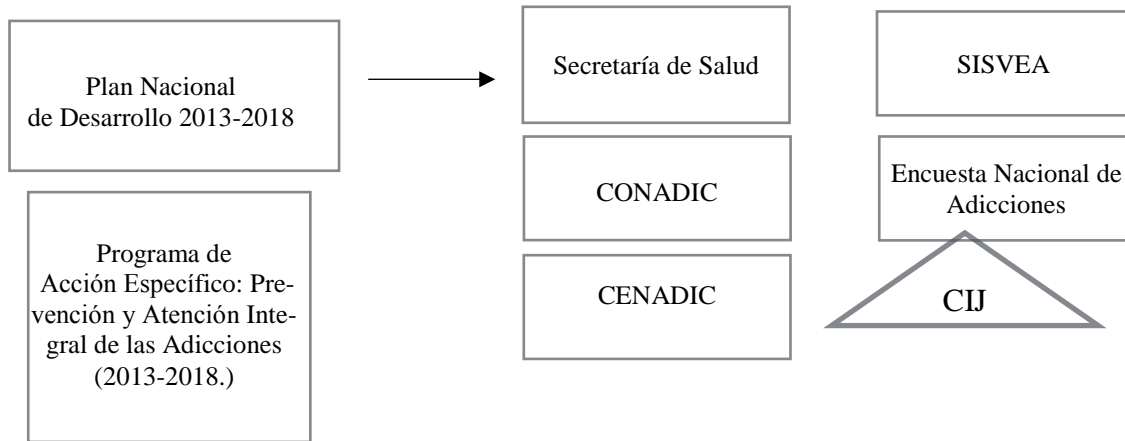
Otro elemento que hay que destacar es que la coordinación entre los tres órdenes de gobierno respecto a los centros de tratamiento y rehabilitación para mujeres no existe, se queda en el simple cumplimiento de requisitos visibles para la obtención de la certificación de los lugares con la finalidad de obtener un apoyo económico. Por otro lado, no existe reglamentación por parte del ayuntamiento que regule a los centros de rehabilitación, la única con la que se cuenta es la que ofrece la Norma de salud 028 y los requerimientos que da CENADIC para obtener la certificación.

Es un área de oportunidad para el Ayuntamiento de Tijuana y una manera de obtener información respecto a los consumidores problemáticos, más allá del Encuesta Nacional de Adicciones o el observatorio estatal de dicciones de Baja California. Tijuana cuenta con un departamento de investigación y fortalecimiento institucional dentro de IMCAD, el cual está facultado para la generación de información que de la pauta para la generación de políticas públicas que favorezcan a Tijuana, encaminadas a resolver el tema de las adicciones.

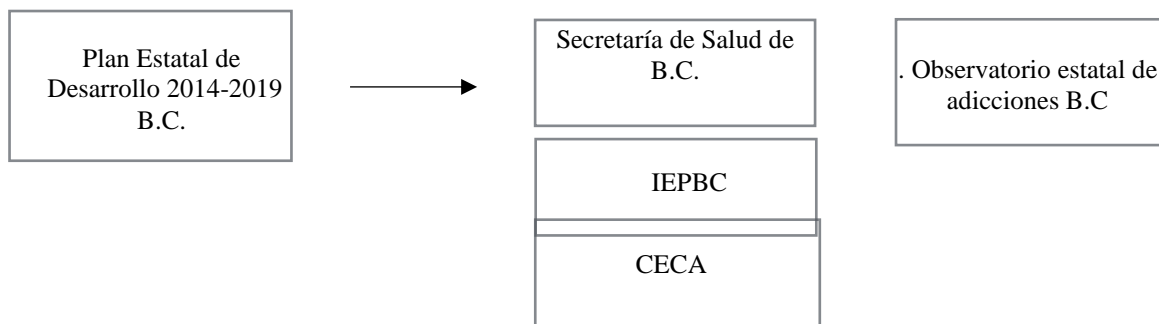
Finalmente para que un modelo de rehabilitación y tratamiento tenga éxito es importante conjuntar varios elementos: principalmente la VOLUNTAD de quien tiene un consumo problemático. La familia de la personas que recibe el tratamiento; el entorno social en donde, se desarrolla la persona posterior a su rehabilitación; la sociedad quien eventualmente no estamos preparados para recibir de nuevo a esas mujeres que se rehabilitaron; y el gobierno, que no cuenta con programas o acciones concretas dirigidas especialmente para las mujeres, en el tema de tratamiento, rehabilitación y su posterior reinserción a la sociedad.

Esquema de dependencias que participan en el tema de adicciones en México.

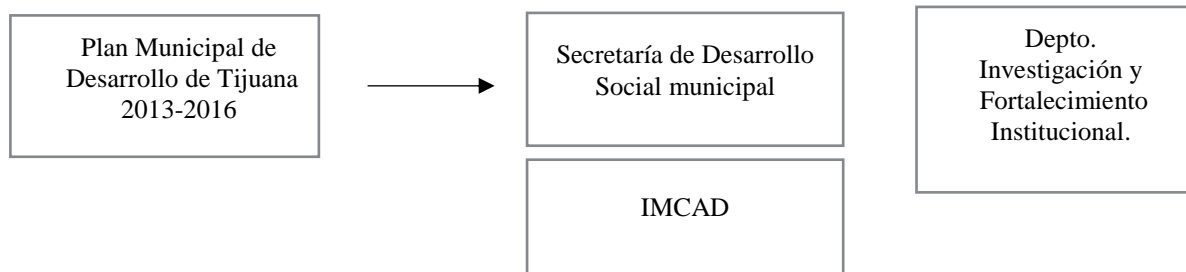
Orden Federal



Orden Estatal



Orden municipal



Elaboración propia con base en la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Baja California, Reglamento de la Administración Pública Municipal del Ayuntamiento de Tijuana, Baja California, Del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 de México, Plan Estatal de Desarrollo 2014-2019 (Baja California), Plan Municipal de Desarrollo de Tijuana 2013-2016,

Discapacidad psicosocial

La discapacidad psicosocial es considerada como invisible e inaceptable, esto debido a que no se puede detectar a simple vista y es difícil aceptar que el consumo de alguna droga lícita o ilícita es un problema de salud. La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de las Naciones Unidas en el 2010 reconoció que enfermedades como la depresión o la esquizofrenia generan discapacidad psicosocial al limitar el desarrollo de actividades cotidianas como estudiar, levantarse para ir a trabajar, cuidar a los hijos, etcétera.

En México no hay estadísticas sobre la cantidad de personas con discapacidad psicosocial debido a que no está adecuadamente diagnosticada y el estigma social causa, en la mayoría de las ocasiones que estas personas sean ocultadas por sus familias y por ellos mismos, y los conduzcan a la negación de alguna enfermedad mental. Lo que sí sabemos es que en México el consumo de drogas ilícitas y lícitas están causando esquizofrenia, bipolaridad y depresión, enfermedades que derivan consecuentemente en una discapacidad psicosocial. La Organización Mundial de la Salud (2010) prevé que esta será la tercera causa de discapacidad en el mundo causada, entre otros factores, por el estrés y la violencia sistemática que se viven en el mundo, y México no es la excepción.

Frente a la demanda de una mayor protección a los derechos de las personas con discapacidad mental o psicosocial ya no es aceptable utilizar el encierro psiquiátrico como única alternativa de tratamiento, ya que generalmente se hace en contra de la voluntad de las personas. Igual que la rehabilitación de personas que consumen alguna droga lícita o ilícita.

Lo importante es saber que hay otras alternativas para reinsertar a las personas a la sociedad. En México recientemente se ha impulsado un programa llamado Casa de Medio Camino donde las personas reciben un tratamiento durante el día por tres o cuatro meses y por la noche regresan a sus casas. Los Centros de Integración Juvenil principalmente trabajan bajo este esquema. Los hospitales psiquiátricos son manejados por el orden estatal y no cumplen con la demanda de los servicios, aunado a que si se ha consumido alguna droga lícita o ilícita no se les permite tener acceso al servicio psiquiátrico de internación, generando con ello una discapacidad psicosocial y social.

Capítulo V

Políticas públicas en materia de tratamiento y rehabilitación de mujeres fármaco dependientes en Colombia

El consumo de drogas en Colombia se ha incrementado, aunque históricamente ha sido considerado un país eminentemente productor. La ausencia de políticas públicas encaminadas a atender la prevención y el tratamiento de adicciones ha impactado en este crecimiento. Es necesario considerar que detrás del consumo de sustancias psicoactivas hay una industria y un mercado, legal e ilegal. Colombia siempre había sido concebida como un país productor, y es hasta principios del 2000 que empezaron a ver la importancia de abordar el consumo desde un punto de vista de salud pública.

Lo anterior, muestra la ausencia de la sociedad civil organizada, en donde, el gobierno es quien financia parcialmente y acompaña a la sociedad en su papel protagónico en el tema de prevención y tratamiento. La situación en Colombia en relación al consumo de drogas entre la población de 12 a 65 años está creciendo en el país no solamente porque cada vez más personas consumen drogas en el que cada vez surgen sustancias diferentes que hacen más diverso el mercado ilegal de las drogas. De acuerdo al observatorio de drogas de Colombia en su estudio sobre estudiantes Universitarios realizado en el 2013 la población universitaria, tiene los consumos más altos en la mayoría de sustancias.

Según la sustancia ilícita más consumida en Colombia es la marihuana seguida de la cocaína. La marihuana explica la mayor parte del consumo de drogas ilícitas. Del total de consumidores de drogas ilícitas en el último año, el 87% son consumidores marihuana. No obstante, el consumo de la heroína y el bazuco tienen baja prevalencia y alto impacto en la salud pública. El consumo de sustancias legales como el tabaco y el alcohol está muy extendido en todos los grupos poblacionales de Colombia. Cerca de la mitad de la población utiliza con alguna frecuencia estas sustancias.

El LSD que sistemáticamente aparecía en las encuestas con prevalencia de uso mínimo, en 2012 muestra un aumento importante en población universitaria. En la última encuesta de estudiantes universitarios, el consumo de LSD registra una prevalencia de vida del 4,9% y de 3,1% y casi 1% en prevalencia de último año y último mes, respectivamente.

Tales registros de consumo reciente y actual de LSD la convierten en la segunda sustancia ilícita más consumida entre los universitarios, después de la marihuana.

El uso indebido de medicamentos tranquilizantes, es decir el consumo de esas sustancias sin prescripción médica (Rivotril, Rohypnol, Ro-ches, ruedas, Xanax, Valium, Diazepam, Lorazepam, Alprazolam, Clonazepam, entre otros) Al menos del 2% de los encuestados declara haber consumido alguna vez en su vida estas sustancias, sin diferencias significativas entre sexos. La prevalencia de año se ubica alrededor del 0.50% en ambos sexos y en el 0.26% la prevalencia de mes.

El alcohol y el tabaco son las sustancias de mayor consumo en Colombia, el 42.1% de la población ha fumado tabaco alguna vez en la vida, siendo este porcentaje superior entre los hombres, 53.6%, en comparación con las mujeres, 31.2% y a medida que las prevalencia se aproximan al consumo actual la brecha entre sexos se amplía. Se estima que tres millones de personas en Colombia han consumido cigarrillo en los últimos 12 meses.

El consumo global de drogas ilícitas (marihuana, cocaína, bazuco, éxtasis o heroína), en comparación con el estudio realizado en 2008 (Observatorio de Drogas de Colombia) La prevalencia de vida pasó de 8.8% en el 2008 a 12.2% en el 2013, aumentando algo más de tres puntos porcentuales. También aumentó el reporte de uso en el último año (de 2.6% a 3.6%).

La tasa global de consumo actual o del último mes es del 12.9%, en los varones del 18.8% y en las mujeres del 7.4%. Por otro lado, la tasa de incidencia anual es del 1.9%, indicando el porcentaje de los que consumieron por primera vez durante el último año, con una preeminencia entre los hombres. La escala AUDIT permite identificar personas que presentan conductas que estarían indicando condiciones de adicción o dependencia en el consumo de bebidas alcohólicas y las cuales están comprobados únicamente con hombres.

Epidemiológicamente es importante estimar esta magnitud y su impacto en la población general, de acuerdo al sexo y grupos de edades bajo análisis. En este sentido y de acuerdo con las respuestas obtenidas mediante la aplicación del AUDIT en Colombia en el 2013, el 1.19% de las personas encuestadas presenta comportamientos indicativos de una situación de dependencia en el consumo de bebidas alcohólicas. Este porcentaje equivale a 276.397 personas de la población colombiana, con edades entre 12 y 65 años, y están más comprometidos los varones que las mujeres y los jóvenes de 18 a 24 años.

Colombia cuenta con la metodología del Sistema Interamericano de Datos Uniformes sobre Consumo (SIDUC) de la CICAD/OEA (a diferencia de México) que ha sido aplicada en las últimas décadas en los países del continente americano. Esto significa contar con un marco metodológico unificado y validado internacionalmente, que garantiza resultados confiables para orientar eficientemente la toma de decisiones en los niveles nacional y regional, y que a la vez permite comparaciones con otros países del continente.

Hay una relación clara entre la facilidad percibida para la obtención de las sustancias y las prevalencias de consumo de las mismas. Los resultados presentados dan alcance a lo planteado en el eje de capacidad de respuesta contemplado en la Política Nacional para la Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas y su Impacto. Así mismo, constituyen un insumo fundamental para el cumplimiento de los compromisos internacionales adquiridos por Colombia.

El Consejo Nacional de Estupefacientes tiene como función principal formular, para su adopción por el Gobierno Nacional, la política y los planes y programas que las entidades públicas y privadas deban adelantar para la lucha contra la producción, comercio y uso de drogas que producen dependencia física o síquica. Igualmente el Consejo propondrá medidas para el control del uso lícito de tales drogas.

En la resolución 0014 del 27 de junio del 2003 se crearon los Consejos Seccionales de Estupefacientes los cuales tienen por objetivo formular para su adopción por el gobierno seccional, los planes y programas que deban ejecutarse a nivel regional, de conformidad con las políticas trazadas por el Consejo Nacional de Estupefacientes.

Orden Nacional

A partir de 1994 con la sentencia C-221 de la Corte Constitucional, en donde, se establece el consumo de drogas ilícitas y el porte para uso personal, no podrían ser penalizados y tampoco podrían obligarse a los individuos a recibir un tratamiento de manera obligatoria. Y en el 2008 la Corte Suprema de Justicia ampliaría los alcances, con la definición de la denominada “dosis de aprovisionamiento” que impide que se ejerza acción penal. En el 2011 la sentencia C-574 de la Corte Constitucional mostró que es imposible penalizar la dosis del consumo personal.

Desde el punto de vista de la salud pública, el gobierno colombiano implementa medidas importantes en el orden nacional, como son las siguientes:

Política Nacional para la reducción del consumo de Sustancia Psicoactivas al Alcance de todos: Una herramienta para socializar y construir política en lo local. La cual pretende consolidar la respuesta de país requiere del concurso de todos los actores que con su quehacer y misión contribuyen a intervenir factores de vulnerabilidad al consumo y a sus consecuencias. La ausencia de alguno se reflejará en vacíos en la respuesta. Por esto, un fundamento clave de la Política es la visión de conjunto y la mirada articulada del problema y de las acciones.

Las respuestas locales que integran la respuesta nacional deben construirse sobre la base de un conocimiento de la realidad, de los grupos que involucra, de la evidencia que sustenta qué sirve y qué no, del seguimiento de las acciones y de su evaluación y de la participación. La Política propone reducir la vulnerabilidad a través de acciones de protección social y de promoción de la salud. Las acciones prioritarias que ha determinado la Política son aquellas que conllevan un mayor impacto para el desarrollo humano y social de Colombia. Implican directamente al grupo de jóvenes y adolescentes y a las mujeres y sus futuros hijos.

1.-Plantea cuatro ejes operativos: **Prevención, mitigación, superación y capacidad de respuesta.**

- a) Prevención: Escenario de gestión de riesgos en el que se reconoce que las “drogas” lícitas e ilícitas existen. Por lo que se necesitan medios concretos que permitan “convivir” con ellas, optando por no probar tan tempranamente sustancias lícitas y si se entra en contacto con ellas, no probar las ilícitas.
- b) Mitigación: Busca reducir el impacto individual, familiar, social y sanitario del consumo de SPA lícitas e ilícitas. Por lo tanto, las acciones de mitigación deben reducir la vulnerabilidad a correr riesgos continuos que son prevenibles y evitables.
- c) Superación: Pretende ofrecer los medios que permitan afrontar adecuadamente la situación de consumo y transitar hacia la búsqueda de una salida o “superación”.

- d) Capacidad de respuesta: Urgente para movilizar recursos que permitan gestionar adecuadamente las acciones de prevención, mitigación y superación en las entidades territoriales.

Para hacer operativa la Política, se diseñó en el año 2008 el Plan Nacional de Reducción del Consumo de Drogas 2009-2010, como un intento por conducir la acción interinstitucional hacia tres frentes: el consumo en sí mismo; la del consumo activo y problemático; la de la superación de la dependencia a partir del tratamiento, la rehabilitación y la inclusión social definitiva y sostenible; y el desarrollo de capacidad técnica, institucional, de articulación y financiera.

2. Las resoluciones ministeriales, las cuales definen los criterios de la habilitación de los servicios de tratamiento para consumidores problemáticos. Resolución 1315 (25 de abril del 2006) por la cual se definen las Condiciones de Habilitación para los Centros de Atención en Drogadicción y servicios de Fármacodependencia, y se dictan otras disposiciones.

Resolución 1441 (6 de mayo del 2013) Por la cual se definen los procedimientos y condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar los servicios y se dictan otras disposiciones.

3. La Ley 1566 del 2012, en la cual se reconoce que el consumo, el abuso y la adicción a sustancias psicoactivas lícitas o ilícitas es un asunto de salud pública, entre otros. Y establece que las patologías derivadas del consumo, abuso y adicción deben ser atendidas por el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

4. Fortalecimiento de los Centros de Atención en Drogadicción y servicios de farmacodependencia hospitalarios. El Ministerio de Salud y Protección Social brinda capacitación y asistencia técnica para el proceso de habilitación y para el mejoramiento continuo. sobresaliendo el Programa Treatnet de UNODC y la OMS, en el cual se han capacitado 1.429 personas a través de tres módulos de formación: Tamizaje, evaluación y plan de tratamiento; elementos de tratamiento psicosocial; y sustancias adictivas y poblaciones especiales.

5.-Se puso en marcha el denominado Sistema Único de Indicadores sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas (Suispa) con el cual se pretende aumentar la capacidad de análisis regional a partir de un conjunto de indicadores y un proceso de formación a profesionales de entidades territoriales para el uso de la información procedente de diferentes fuentes.

En este sentido se puede afirmar que el consumo en Colombia es prohibido pero no penalizado, ya que los consumidores tienen derechos que el Estado está obligado a garantizar. Ello implica que el Estado debe generar las condiciones para que exista amplia oferta de servicios de salud destinada a evitar el consumo de drogas ilícitas. Y partiendo de la disponibilidad de oferta de centros de rehabilitación en Colombia, de acuerdo al Ministerio de Protección Social (2004), únicamente en 84 municipios colombianos funcionaban por lo menos un centro de rehabilitación.

Aunado a lo anterior solo existían centros de rehabilitación para hombres y unos pocos mixtos, es decir, que albergaban a hombres y mujeres. En el 2007 la Fundación Yolima, que rehabilita consumidores de sustancias psicoactivas, hombres y mujeres; presentaron un proyecto con enfoque de género a la Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, UNODC. En mayo del 2014, en una casa del barrio Laureano Gómez, al oriente de Cali, abrió el Centro de Renacimiento a la Vida Yolima, bajo la coordinación de la psicóloga Kelly Lorena Ortiz, la primera en Colombia enfocado en rehabilitar mujeres de la farmacodependencia.

Allí llegan adictas de hasta 67 años, pero también jovencitas atrapadas en las drogas desde temprana edad. “La mayor dificultad con la mujer consumidora de sustancias psicoactivas, SPA, es que difícilmente se pueden internar para desarrollar un proceso de recuperación eficaz, incluso que puedan comprometerse con un tratamiento ambulatorio”, dice Kelly.

Este modelo de rehabilitación que apuesta por el fortalecimiento de la identidad femenina, les entrega las herramientas para superar el consumo y además, les facilita resolver su problema de identidad y de proyecto de vida. “Un consumidor hombre se rebusca con el trapo rojo, pero una mujer está en riesgo de vender su cuerpo; la adicción en ellas está muy asociada a la explotación sexual y son muy vulnerables al abuso sexual y/o violación”, argumenta Kelly Lorena (2014)

Comisión Asesora para la Política de Drogas en Colombia

Presenta al Gobierno Nacional los resultados de la evaluación de las estrategias que se han aplicado en Colombia (mayo del 2015) frente a la problemática de las drogas, así como una serie de recomendaciones encaminadas a contribuir a la formulación de una política nacional de drogas que esté acorde con las realidades y necesidades actuales en esta materia.

Las principales recomendaciones que, a juicio de la Comisión, deberían llevar a que el Gobierno colombiano construya una política de drogas más eficiente, menos costosa y que privilegie la prevención y las respuestas integrales antes que las punitivas:

1.-La política nacional de drogas debe ser diseñada con un enfoque de salud pública y debe ser respetuosa de los derechos humanos. En especial, esa política debe tomar en cuenta sus posibles impactos sobre grupos discriminados y en situación de vulnerabilidad, como las mujeres, los grupos étnicos o las personas en situaciones de pobreza.

2.-La política nacional de drogas debe estar basada en la evidencia y sustentada en evaluaciones y en la mejor información disponible sobre la efectividad de las estrategias y programas implementados.

La Comisión considera que no es necesario dejarse atrapar entre los extremos de penalización del usuario y la prohibición estricta tipo guerra a las drogas, o de total liberalización del consumo y del mercado de las sustancias psicoactivas. Ese es un dilema falso, pues son posibles, tanto a nivel teórico como práctico, opciones intermedias de estrategias de reducción del daño y regulación estricta del mercado de las sustancias psicoactivas, que han mostrado mejores resultados en términos de salud pública y del respeto de los derechos humanos.

La política de drogas debe hacer una diferenciación explícita y operativa de las herramientas que se utilizan para enfrentar los temas de consumo por un lado y las actividades de producción y tráfico por el otro, especialmente cuando estas últimas tienen una vinculación directa con fuentes de financiación de organizaciones criminales. Las políticas en reducción de la demanda deben ser políticas de Estado, no de gobierno. Esto significa que deben existir normas que hagan obligatoria la atención continuada y sistemática a los diferentes elementos que componen el problema y que permitan, a nivel nacional y municipal, la asignación de recursos para lograr esos objetivos.

La política frente al consumo de drogas debe propender por la atención integral de los consumidores enmarcados en los enfoques de salud pública, derechos humanos, inclusión social y desarrollo humano, a través de la promoción de capacidades, la participación y la reducción de estigma y discriminación.

El Estado colombiano debe evitar a toda costa que el consumo de drogas como fenómeno multicausal sea criminalizado. Esto requiere de un enfoque diferencial que distinga entre consumos problemáticos y no problemáticos, patrones de uso dependientes y no dependientes, y encontrar alternativas a la pena para quienes cometan delitos que estén asociados a su problema de dependencia. El uso de la marihuana medicinal debe ser regulado y avanzar en el marco de la regulación de las sustancias psicoactivas, priorizando la prevención del consumo en menores de edad.

En cuanto a los temas de producción y tráfico de drogas, las políticas para confrontar los cultivos de uso ilícito requieren de estrategias que reconozcan los derechos humanos, lo que implica un enfoque territorial basado en la intervención integral del Estado en las zonas afectadas por la presencia de estos cultivos, coordinando en forma estricta la seguridad territorial, la provisión de servicios de justicia y seguridad ciudadana, y la provisión de bienes y servicios para el progreso económico y el bienestar de la población.

El Gobierno colombiano debe reevaluar, con base en un conjunto de evidencia amplio, la conveniencia de continuar implementando campañas de aspersión con glifosato como mecanismo para disminuir los cultivos ilícitos. Los estudios empíricos muestran que el uso de la aspersión con herbicidas como mecanismo para reducir los cultivos ilícitos es muy poco eficiente y genera costos directos y colaterales muy graves sobre la salud y sobre el medio ambiente.

El Estado colombiano debe contar con una entidad coordinadora de la política de drogas con rango de agencia presidencial y de carácter permanente, no transitorio, con autonomía financiera y administrativa. Dentro de las estrategias para enfrentar la criminalidad asociada al narcotráfico debe prevalecer el interés por reducir la violencia, incluso por encima de reducir los flujos de drogas ilícitas.

El Estado debe concentrarse en dismantelar las estructuras criminales mediante la afectación de las condiciones locales, regionales, institucionales y organizacionales que permiten que estos grupos se reproduzcan. Esto implica un enfoque multidimensional de-

jando atrás el enfoque estrictamente operacional medido por capturas, neutralizaciones, decomisos e incautaciones.

Se debe expedir una ley marco que cree un régimen unificado, sistemático y general de prevención de lavado de activos, aplicable a todos los sectores de la economía. El Gobierno debe dar al lavado de activos la importancia que merece en la agenda nacional, asignando los recursos necesarios para la ejecución de las políticas contenidas en el documento CONPES.

Las estrategias frente al narcomenudeo, el micro-tráfico y el tráfico transnacional de drogas ilícitas deben enfocarse prioritariamente en aquellos eslabones que más violencia y daños colaterales generan. Esto se debe hacer con el fin de desincentivar el uso de la violencia como estrategia para operar en mercados ilegales. La extradición como forma jurídica de lucha contra la criminalidad internacional merece un replanteamiento frente a nuevas situaciones del cambio de mirada legal frente al tráfico de estupefacientes.

El Gobierno debe actualizar el Estatuto Nacional de Estupefacientes partiendo de los objetivos definidos en la política nacional de drogas. La política exterior en materia de drogas deberá definirse una vez el Estado colombiano establezca su política pública interna frente a la problemática de las drogas. Sin embargo, su experiencia y autoridad en esta materia ofrecen la posibilidad de asumir el liderazgo en los diferentes escenarios internacionales en temas estratégicos.

El Estado colombiano debe tomar en cuenta el régimen internacional de fiscalización de ciertas drogas, desarrollado por las Convenciones de Naciones Unidas, pues es deber de un Estado cumplir de buena fe sus compromisos internacionales. Pero dadas las limitaciones y los problemas secundarios graves ocasionados por ese régimen internacional prohibicionista, Colombia debe políticamente proponer la flexibilización y modificación de ese régimen internacional; y en todo caso, debería adoptar una interpretación en clave de derechos humanos de ese régimen internacional, que le otorgue mayor flexibilidad, dado que las obligaciones en derechos humanos son prevalentes.

En Colombia ha habido un esfuerzo considerable por fundamentar la política de drogas en la evidencia disponible y contar con información al respecto. Mediante la Resolución 0006 de 08 de abril de 2005, el Consejo Nacional de Estupefacientes creó el Observatorio de Drogas de Colombia, ODC como la “fuente de información oficial en materia de

drogas”. El ODC surgió como respuesta a la necesidad de integrar la información procedente de todos los sectores responsables de llevar a cabo acciones relacionadas con el fenómeno de las drogas para facilitar la formulación y ajuste de políticas, planes y estrategias de intervención.

Su principal objetivo es proporcionar a la comunidad nacional e internacional, información objetiva, confiable, actualizada y comparable sobre la temática de las drogas y los delitos relacionados, de manera que permita una mejor comprensión del problema y que contribuya a la formulación y ajuste de políticas, toma de decisiones, diseño y evaluación de programas y proyectos.

El sistema único de indicadores sobre consumo de sustancias psicoactivas, SUISPA constituye un conjunto articulado de conceptos y procedimientos tendientes a producir información regional y nacional confiable y estandarizada que contribuya a hacer más visible el consumo interno, sus consecuencias, así como las acciones adelantadas para reducir el consumo y mitigar sus impactos negativos en el marco de la Política Nacional para la Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas y su Impacto, y del Plan Operativo 2009-2010, así como en el marco del Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010.

Los indicadores, sirven para estudiar el cambio en sucesos colectivos y por este medio adaptar las respuestas institucionales. La naturaleza de los indicadores está definida por su utilización para establecer el estado actual del suceso sobre el cual el indicador da cuenta, su cambio, las acciones tomadas y la contrastación con metas establecidas (Organización de las Naciones Unidas, 1999).

El SUISPA incluye información en tres niveles según tipología de los indicadores:

1. Indicadores para caracterizar el consumo de sustancias psicoactivas.
2. Indicadores para caracterizar las consecuencias o eventos asociados al consumo de sustancias psicoactivas.
3. Indicadores para caracterizar la respuesta institucional y comunitaria ante la problemática de consumo de sustancias psicoactivas.

Por otro lado, el Sistema basado en centros y servicios a las personas consumidoras de sustancias psicoactivas, SuiCad. El Suicad es un subsistema del Suispa (Sistema único de Indicadores sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas). Dado que el Suispa está organizado en tres áreas de indicadores, el Suicad se ubica en la segunda, como un subsistema

que provee información acerca de algunas de las consecuencias del consumo: el abuso y la dependencia.

Con el Suicad, los centros y servicios de tratamiento a las personas consumidoras de sustancias psicoactivas pueden gestionar la información sobre sus usuarios de manera sencilla, segura y de acuerdo con estándares nacionales e internacionales aplicables. El Suicad le permite obtener informes consolidados a partir de sus datos en segundos, sin necesidad de conocimientos sobre manejo de bases de datos o gestión de información. Los usuarios del Suicad tienen la posibilidad de acceder a los datos nacionales con el propósito de producir estudios más detallados.

Departamentos

Los centros de rehabilitación y tratamiento en su mayoría son del orden privado. De acuerdo al Ministerio de Protección Social en el 2004 el 82% de los centros de rehabilitación y tratamiento en Colombia eran de carácter privado, el 13% de carácter público y el 4% de naturaleza jurídica mixta. Lo que demuestra poca disponibilidad y accesibilidad de la oferta de centros de rehabilitación para todas las personas que desean rehabilitarse principalmente para las mujeres. Lo que demuestra exclusión al grupo femenino.

Aunado a lo anterior y de acuerdo al Ministerio de la Protección Social (2004) existen diversos enfoques de intervención para la rehabilitación. El 27% de los 84 centros identificados son religiosos, el 62% son laicos y el 11% son mixtos. De manera paralela, los modelos de intervención suman herramientas clínicas, comunidades terapéuticas, psicología y modelos alternativos. Los Centros de Atención en Drogadicción “CAD” operan en Colombia de manera clandestina, ya que no están habilitados legalmente. Ya que el Ministerio de Salud ha establecido los requisitos formales para la habilitación de los CAD.

De acuerdo al estudio realizado por el colectivo de drogas y derecho en el 2014, se identificaron “cuatro problemas institucionales que afronta el sistema de vigilancia y control sobre los centros de tratamiento: i) la falta de una coordinación institucional efectiva entre las entidades de salud municipales y las departamentales, ii) la falta de capacidad institucional suficiente (especialmente recursos humanos) para realizar búsquedas activas de centros no habilitados, iii) debido a que algunos de los centros ilegales operan en zonas

rurales y lejanas, la posibilidad de visitarlos es mucho más complicada, y iv) la dificultad de clausurar los centros no habilitados es que no se sabe qué hacer con los pacientes que allí se atienden.” (Uprimny, Guzman, Parra, Bernal, 2014)

Lo que me lleva a concluir que el control del Estado en relación a los centros de rehabilitación es insuficiente. Y que sin duda se presenta una constante violación de los derechos humanos de los consumidores problemáticos que pretenden rehabilitarse.

A pesar de que la rehabilitación es parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia, los consumidores problemáticos que deseen rehabilitarse aun pagan por las intervenciones médicas que tienen. Esto derivado de que las Entidades Prestadoras de Salud, aun se resisten a cubrir los programas de tratamiento de los consumidores problemáticos en rehabilitación.

Es indiscutible que en Colombia ya no se concibe el tratamiento o la atención del consumo de drogas ilícitas de manera represiva, sino desde un punto de vista de salud pública. Y uno de los elementos que así lo demuestran es el Plan Nacional para la Promoción de la Salud, la Prevención y la Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas 2014-2021.

El cual pretende fortalecer acciones para reducir el consumo de sustancias psicoactivas y su impacto, a partir del cumplimiento de sus responsabilidades en el campo de la salud pública, así como del reconocimiento de lo que se ha logrado y de lo que hace falta, con base en una visión estratégica fundamentada en los datos con los que hoy se cuenta.

Considerando el enfoque de derechos humanos, no tiene cabida el dilema entre la cárcel o el tratamiento para los consumidores problemáticos de sustancias psicoactivas. La cárcel no es una opción aceptable y el tratamiento debe ser motivado por la propia voluntad y por una oferta flexible de servicios con calidad. La cual, como hemos visto anteriormente no existe como tal.

Los tratamientos costosos y en términos generales, poco efectivos, es notorio que las labores promocionales de condiciones y estilos de vida saludables, así como la prevención del consumo de sustancias psicoactivas, acogiendo los principios y métodos propios de la salud pública, deberían ser un frente mayor de trabajo.

Municipios

Centros de Atención Médica a Drogodependientes, “CAMAD”

En septiembre de 2012, se inauguró el primer centro para drogadictos en el sector del Bronx, un barrio céntrico (mayor expendio de drogas en Bogotá) El CAMAD cuenta con psiquiatras, psicólogos, médicos y enfermeros. Las personas atendidas en estos centros están en situación de riesgo, exclusión social por altos niveles de dependencia a las drogas, son personas vinculadas a actividades delictivas asociadas con el consumo y el expendio de drogas, padecen enfermedades mentales asociadas al consumo de drogas, y enfermedades derivadas del consumo problemático.

La iniciativa es parte de la nueva valoración de las políticas de control de drogas en Colombia. El Gobierno nacional autorizó su propuesta de suministrar drogas controladas a los dependientes solo bajo estricta prescripción médica, es decir, trabajan bajo la premisa de reducción de daños. La introducción del CAMAD generó fuertes discusiones en la prensa, la Procuraduría General de la Nación y el mundo político, por la falta de claridad del alcance de la iniciativa que carece de una estrategia para hacer frente a los problemas complejos del consumo problemático de drogas, la pobreza y la marginación en las zonas deterioradas de Bogotá.

La propuesta del CAMAD surge como una estrategia de seguridad y convivencia para que a través de una unidad de salud en campo y el enfoque de reducción de riesgo y daño en el consumo de drogas, se puedan reducir estos indicadores de muertes violentas y lesiones personales en estos territorios y por ende en la ciudad en general, con una filosofía de Bogotá Humana.

Aunque el proyecto se inició con la expectativa de abordar el fenómeno del consumo a partir de acciones de reducción de riesgo y daño, hoy en día es un centro médico móvil que remite a usuarios a tratamientos de desintoxicación y deshabitación para superar el consumo. La idea transita en el debate de los medios de comunicación, y los expertos aciertan en opinar que es una idea que implica no sólo reformas constitucionales y legislativas sino también una explicación bastante amplia a la sociedad.

La iniciativa se ha considerado que no es una medida de reducción de daños y que solo se limita a un simple servicio de odontología, por el otro, se ha señalado que estas

unidades reparten metadona y/o mariguana, contribuyendo a la descomposición del tejido social en aquellos puntos donde se establecen.

El personal que labora en los CAMAD brinda: i) información veraz y científica respecto la droga de elección de las personas atendidas; ii) canalización al Programa CAM-BIE, en donde se entrega equipo de consumo seguro de heroína; iii) pruebas rápidas de VIH, hepatitis C y tuberculosis; iv) sensibilización a los usuarios consumidores de bazuco y/o solventes para que sustituyan dicho consumo por otra droga menos dañina, como la mariguana, y v) remisión y acompañamiento a los usuarios que así lo deseen a programas de deshabitación o superación del consumo.

Ante esta descripción, si bien la estrategia CAMAD no puede clasificarse estrictamente como un programa de reducción del daño, sí se trata de una estrategia innovadora de atención primaria en salud que, dentro del abanico de servicios con los que cuenta, ofrece tanto medidas de prevención de consumo como de reducción de daños.

CAMAD recibe a aquellos grupos marginados e invisibilizados en la sociedad colombiana: los habitantes de calle, las personas en el ejercicio del trabajo sexual, los micro-trafficantes, entre otras. Grupos estructuralmente estigmatizados en los que confluyen de forma intersectorial múltiples factores de vulnerabilidad y riesgo de discriminación.

CAMAD logra rescatar el sentido de dignidad humana de estos grupos a consecuencia de la pérdida de la comunidad, del rechazo de la sociedad y de la negación de los servicios de salud física y mental por parte del gobierno. En ese sentido, CAMAD es un primer paso para rehumanizar a aquellas personas e incluso familias a las que se les ha negado, el derecho a tener derechos.

Bajo este lente resulta desconsiderado e inhumano la decisión de cerrar los CAMAD y resulta aún más cuestionable que la misma no derive de estudios juiciosos sobre la política, sino que atienda a factores políticos, como la dañina necesidad de marcar la línea de separación entre la nueva y la vieja administración, y la obsoleta idea de volver a estrategias prohibicionistas que entienden el consumo de drogas como un delito y no como un problema de salud pública y de derechos humanos.

Mientras el presidente Colombiano Santos pretende liderar el reconocimiento del fracaso del prohibicionismo y busca alternativas para atender el problema de la drogas des-

de un enfoque de salud y derechos humanos, a nivel interno (al menos en Bogotá) se parece estar pugnado por la segregación y la estigmatización del consumidor.

Los CAMAD tiene el reto de convertirse en una estrategia de reducción de daños intersectorial en la que exista claridad sobre las funciones y responsabilidades de las entidades y participen de forma articulada las secretarías de Salud, Integridad Social y Seguridad. Se presentan como una opción para evitar la estratificación de los modelos de reducción de daños en América Latina permitiendo, crear alternativas locales que tomen en cuenta la interseccionalidad de las poblaciones consumidoras de drogas.

Contexto internacional

El debate sobre drogas tuvo un punto máximo en la Cumbre de las Américas en el 2015 cuando el presidente de Colombia, Juan Manuel Santos, presentó la propuesta para revisar la actual política internacional contra la drogas en busca de resultados que pudiesen abrir otros caminos. Esta intervención no logró colmar las expectativas que se habían generado y desencantó por haber designado a la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) de la OEA (Organización de Estados Americanos) como el organismo coordinador de una evaluación sobre las políticas de drogas, a pesar de que se conoce ampliamente la posición prohibicionista y de apoyo a la guerra contra las drogas de la CICAD.

Mientras el discurso internacional era de reforma, las acciones nacionales continuaban sin transformaciones significativas en el ámbito de la interdicción. Mientras tanto en Bogotá, Medellín y Cali se realizaron las marchas cannábicas que también agitaron el debate a nivel mundial. Por primera vez en Colombia se reportaba en los medios de comunicación la presencia de los usuarios del cannabis pidiendo cambio de políticas de drogas exigieron el reconocimiento de sus derechos.

También fue uno de los principales defensores de la necesidad de reconocer la prevalencia de las obligaciones en derechos humanos en el diseño de la política de drogas y de contar con mecanismos de revisión más incluyentes del actual régimen internacional de drogas. Habiendo hecho la tarea en el debate internacional, es hora de avanzar entonces en las reformas internas. Partiendo de la discusión de modelos alternativos a la prohibición, ya

que hay opciones intermedias posibles de reducción del daño y regulación estricta de las sustancias psicoactivas que han mostrado mejores resultados en términos de salud pública y del respeto de los derechos humanos (Tal es el caso, de los CAMAD)

Se ha generado un debate legislativo que intenta brindar mayor protección a los derechos de los consumidores, a pesar de la oposición de sectores conservadores de la política y la sociedad. En tal sentido, se han propuesto proyectos legislativos tendientes a la despenalización del cultivo de cannabis, coca y adormidera para opio, que tuvieron como objeto brindar mayor protección a los sectores débiles de la cadena de las drogas. Alimentando el debate, cabe destacar la conformación de la Comisión Asesora de Políticas de Drogas, la cual propuso desde su inicio que no se criminalice al consumidor, coincidiendo en su análisis con formulaciones de la OEA sobre la despenalización del uso de drogas.

El Presidente Juan Manuel Santos, como representante de Colombia ante la Asamblea, afirmó que el enfoque represivo de la política de drogas en Colombia demuestra su ostensible fracaso: la persistencia de violencia, corrupción y encarcelamiento masivo de los eslabones débiles, son todos elementos que demuestran que la “guerra contra las drogas” se ha perdido y ha generado más daños que beneficios.

Santos ratificó el compromiso del Estado colombiano con la reforma a la política de drogas. Planteó que el tratamiento penal no es la solución, pues el encarcelamiento sistemático de los eslabones débiles no soluciona el problema, pero sí aumenta la precariedad de las condiciones de vida de quienes ingresan al mercado de drogas por su situación de vulnerabilidad económica.

El consumo de drogas no debe ser criminalizado y debe cesar cualquier clase de persecución a los usuarios, como lo ha reconocido la Corte Suprema de Justicia en decisiones recientes. La evidencia ha demostrado que esa visión estigmatiza a los consumidores, desconoce su autonomía y los expone a mayores riesgos. Y es que si las drogas pueden haber ocasionado daños a las personas. En Colombia, una coalición de organizaciones ha respaldado al Gobierno en su discurso internacional, y ha exigido de manera paralela que las reformas se realicen desde la misma Colombia.

Según el Colectivo de Estudios Drogas y Derecho (CEDD), en 2014 el 20% de las personas que se encuentran en las cárceles del país lo están por delitos de drogas, alcanzando la cifra de 23.141 personas. Y a pesar de que los máximos tribunales han dejado en claro

que la dosis mínima no se encuentra penalizada, las fuerzas de seguridad aplican de hecho la represión a personas que portan una cantidad mínima de sustancias prohibidas en la vía pública, seleccionando especialmente a las personas en situación socioeconómica de pobreza.

Por ello es importante buscar alternativas a la persecución penal de cultivadores y eslabones débiles de la cadena. Y reconocer las dimensiones de género y de otra índole de la política de drogas, en la búsqueda de respuestas alternativas para poblaciones como las mujeres que por su situación de vulnerabilidad se han vinculado a estos mercados en tareas de bajo nivel y de alto riesgo, como una opción de sobrevivencia.

Regulación del cannabis medicinal en Colombia

La Constitución Política de Colombia en su artículo 49, permite el porte y consumo de sustancias estupefacientes siempre que exista prescripción médica. En ese sentido, en el 2015 se presentó el proyecto de Ley 185, que tiene el objetivo de crear un marco regulatorio que desarrolle el artículo constitucional y permita acceso seguro a productos farmacéuticos de calidad y a precios controlados en todo el territorio nacional.

Es decir, es un proyecto de ley guiado por los principios de acceso, seguridad, calidad y precio. Este esfuerzo de regulación, que no es de legalización del uso recreativo de la marihuana, ofrece a los colombianos con enfermedades crónicas y terminales una herramienta compasiva para el manejo de los síntomas provocados por la condición física adversa que enfrentan con características médicas.

El regular es tomar bajo la dirección y control del Estado, el uso científico y medicinal del cannabis, a través de un modelo propio, ajustado a la realidad colombiana, y diseñado para atender la tipología de paciente colombiano y sus dolencias específicas. Es importante considerar que varios tratados internacionales vigentes en el ordenamiento jurídico de Colombia, restringen la fabricación, exportación, importación, distribución, comercio, uso y posesión de estupefacientes, excepto cuando sean utilizados con propósitos médicos y científicos.

Colombia es uno de los países de vanguardia en la región. Los usuarios medicinales y principalmente los casos de niños con enfermedades y patologías tratables con cannabis,

han impulsado fuertemente el debate social y político en el país. A fines de 2015 el Ministerio de Salud y la Protección Social reglamentó los usos medicinales y científicos del cannabis, mediante un Decreto presidencial firmado por el Presidente Santos. Dicha norma fue modificada y amparada legalmente mediante aprobación en el Congreso Nacional de la ley 1787 de julio de 2016 que regula toda la cadena de valor del cannabis medicinal.

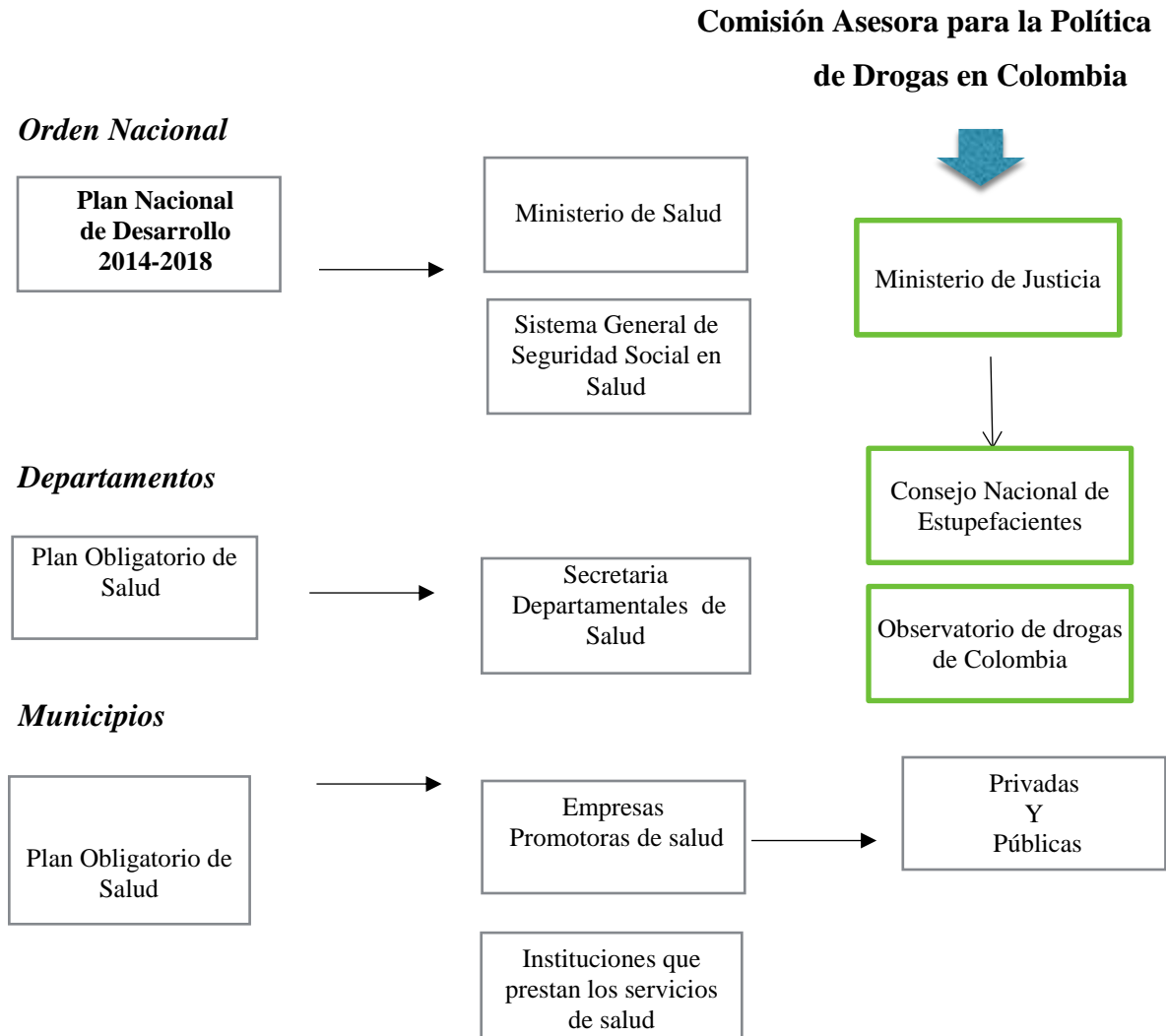
Haciendo principal hincapié en las licencias de producción y en la protección de pequeños productores locales en el marco de los programas de sustitución de cultivos. Cabe destacar que la norma fue aprobada por una amplia mayoría de legisladores. A fines de junio de 2016, el Gobierno expidió la primera licencia para la fabricación farmacéutica de cannabis medicinal a una empresa extranjera, con fines de exportación. Las licencias para los pequeños productores están aún pendientes de una reglamentación de la nueva ley.

Recientemente se ha presentado un proyecto piloto denominado “Manejo Integral y Alternativo del Cultivo de Cannabis” en cinco municipios del Norte del Cauca. En donde, sembrará cannabis con fines medicinales en ésta región. Es el caso de la Cooperativa Cau-cannabis, de la que hacen parte 52 familias y que fabricará productos medicinales con marihuana (Observatorio de Drogas, 2016). Cabe mencionar que según la ley colombiana, se trata de medicinas de orden fitoterapéutico, de origen vegetal, parte de la medicina alternativa.

Las agrupaciones sociales y la comunidad cannabica enfocadas a la reforma de la política de drogas, son de mucha importancia y organización en el país. En diversas partes del país se desarrolla la Marcha Mundial por la Marihuana, en la cual asisten miles de personas. Se destaca también la organización constante de eventos participativos en donde se brinda información de los usos del cannabis, talleres de autocultivo y debates sobre nuevos abordajes en las políticas de drogas.

El activismo íntimamente se encuentra relacionado a tales circunstancias y los acuerdos de paz a los que está arribando el país durante 2016. Tanto la sociedad civil organizada y los poderes públicos, tienen una importante presencia en el debate internacional, habiendo sido Colombia uno de los países que ha impulsado la reciente UNGASS 2016, promoviendo allí una mayor flexibilidad en el entendimiento e interpretación de los instrumentos internacionales de fiscalización vigentes.

Esquema de dependencias que participan en el tema de adicciones en Colombia.



Elaborado propia con base en el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 de Colombia, Plan Obligatorio de Salud, Ley Estatutaria de Salud 1751 de 2015, Ley Estatutaria 1444 de 2011, Ley Estatutaria 787 de 2002.

Discapacidad psicosocial

Las normas internacionales que han sido aplicadas por el gobierno de Colombia son la Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad de la Organización de Estados Americanos OEA. Aprobada mediante la Ley 762 del 31 de Julio de 2002. Declarada factible por la Corte Constitucional en la Sentencia C-401 de 2003. Y la Convención sobre los Derechos de las personas con Discapacidad de la Organización de las Naciones Unidas ONU, que fue aprobada mediante la ley 1346 de 2009, declarada viable por la Honorable Corte Constitucional, mediante la Sentencia C-293 del 22 de Abril de 2010.

Se calcula que una cuarta parte de la población mundial sufrirá algún trastorno mental a lo largo de su vida. Estos trastornos son causa de una elevada mortalidad y discapacidad, y representan un 8,8% de la carga de morbilidad total en los países de ingresos bajos, y un 16,6% en los de ingresos medios (OMS, 2010). En 2030 la depresión será la segunda causa de carga de morbilidad en los países de ingresos medios, y la tercera en los de ingresos bajos (OMS, 2010)

La Organización Mundial de la Salud en el 2010 generó un informe sobre las personas con discapacidad psicosocial, en donde, pide a los agentes del desarrollo que atiendan las necesidades de las personas con discapacidad psicosocial, lo siguiente:

- Reconocer la vulnerabilidad de este grupo e incluirlo en todas las iniciativas de desarrollo.
- Ampliar los servicios de salud mental en la atención primaria.
- Incluir a esas personas en programas generadores de ingresos y proporcionarles beneficios sociales y relacionados con su discapacidad.
- Involucrarlas en la elaboración de los programas y proyectos de desarrollo.
- Incorporar la protección de sus derechos humanos en las políticas y legislaciones nacionales.
- Incluir a los niños y adolescentes con discapacidad psicosocial en los programas educativos.
- Mejorar los servicios sociales para las personas con este tipo de discapacidad.

La Organización Mundial de Salud (OMS) está colaborando con el Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas (UNDESA) para integrar la salud mental en los programas y las agendas de desarrollo a nivel nacional. Con la finalidad de que las personas con discapacidad psicosocial puedan tener mejores oportunidades y beneficiarse de los frutos del desarrollo.

El informe destaca que es posible mejorar los resultados del desarrollo si se invierte en las personas con problemas de salud mental. Los trastornos mentales prioritarios son la depresión, las psicosis, el suicidio, la epilepsia, la demencia, los trastornos relacionados con el consumo de alcohol y drogas, y los trastornos mentales de los niños.

En este sentido el Ministerio de Salud y Protección Social anualmente realiza una distribución de recursos del presupuesto de gastos de inversión, para apoyar los planes territoriales de atención a personas con discapacidad, con el propósito de contribuir a mejorar la calidad de vida de estas personas, priorizando situaciones de mayor vulnerabilidad, desde el enfoque diferencial y en el marco del Sistema Nacional de Discapacidad. Lo anterior a través de los Programas Obligatorios de Salud.

Las personas con discapacidad psicosocial pierden su decisión humana, la voluntad, sus intereses, sus sueños y proyectos, ya que dependen de la decisión de otros. Se diluye su capacidad de decisión. Lo que se busca es generar una posibilidad de ser, es apoyar a las personas con discapacidad psicosocial en la concreción de sus decisiones, generando un traje a la medida. Propuesta que se pretende se aplique en los diversos centros de rehabilitación, modelos de rehabilitación para hombres y mujeres acorde con su necesidad individual.

Capítulo VI

Conclusiones y recomendaciones

El problema de las adicciones implica un alto costo para todas las sociedades, ya que implica la pérdida de productividad, la transmisión de enfermedades infecciosas, trastornos familiares y sociales, delincuencia y en algunos casos una excesiva utilización de los servicios de salud. Es decir, los problemas relacionados con el consumo problemático de las drogas lícitas e ilícitas impactan la calidad de la vida de las personas que las consumen y de quienes conviven con ellas.

Y respondiendo a la pregunta de origen del documento *¿Por qué no hay en México y Colombia una política pública de tratamiento y rehabilitación de adicciones diferenciada y focalizada a las características específicas de las mujeres farmacodependientes?*

Iniciaría con el papel que juegan los diferentes actores en relación a lo que deberían o tendrían que hacer para reducir los gastos y riesgos del abuso de sustancias para la salud y la seguridad pública de los ciudadanos. Actores como las familias, los maestros, los empresarios, el gobierno o la sociedad en general. Pocos países, cuentan con un sistema público de tratamiento de adicciones bien desarrollado, concebido para ocuparse de diferentes sustancias que son objeto de abuso y de los diferentes niveles o manifestaciones del amplio espectro de la drogadicción.

Considero que el tema de las adicciones siempre se ha abordado principalmente como un problema de delincuencia que requiere un remedio social y judicial, en lugar de un problema de salud que requiere prevención y tratamiento. En segundo lugar, es la sociedad en su mayoría no cree en la eficacia de los tratamientos del abuso de sustancias y la mayoría de los gobiernos ponen en duda la importancia de ofrecer tratamientos de rehabilitación para consumidores problemáticos, especialmente para las mujeres.

Los tratamientos están concebidos exclusivamente para ayudar al consumidor de drogas, no a la sociedad. En ese sentido, ¿Por qué una sociedad (a través del gobierno) debería de gastar recursos en ayudar a una persona que puede haber causado daños sociales? Los consumidores problemáticos son estigmatizados, discriminados y en la mayoría de los casos sus derechos humanos son violentados.

La política frente al consumo debe ser una política de Estado, incorporar estrategias de reducción del daño, fortalecer las políticas de prevención y propender por la atención integral de los consumidores problemáticos, a través de la inclusión social de los consumidores, la promoción de sus capacidades, la participación y la reducción del estigma y la discriminación.

Otra arista del tema que no hay que dejar pasar es la denominada “Discapacidad psicosocial”, la cual es descrita por el Consejo Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de las Personas con Discapacidad, como “la limitación de las personas que presentan disfunciones temporales o permanentes de la mente para realizar una o más actividades cotidianas” La depresión, trastorno de ansiedad, psicosis, trastorno bipolar, esquizofrenia, trastorno esquizo-afectivo, trastorno dual. Uno de los principales signos de alarma para este tipo de condición es el cambio radical de la personalidad, las costumbres y/o los hábitos, principalmente relacionados con el consumo de alguna droga lícita o ilícita. Es decir, es un problema de salud.

La legislación de México y Colombia relacionadas con el consumo, tratamiento y rehabilitación de drogas no son armónicas con los tratados internacionales. Principalmente en el ámbito de los derechos humanos, ya que se vulneran los derechos fundamentales de los usuarios de drogas, consumidores problemáticos de drogas a través de la discriminación y la estigmatización, principalmente a las mujeres.

En la Convención contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y sustancias psicotrópicas de 1988 el consumo no aparece como un acto con efecto de criminalización. Todas las conductas relacionadas con el consumo, tales como la posesión, la compra, tráfico, el cultivo así como la instigación al consumo son incluidas en la lista de conductas delictivas. Y deja abierta la posibilidad de castigar a los consumidores problemáticos con tratamiento obligatorio, “quedarían sujetos a los principios constitucionales y orden jurídico de cada país” (Pérez Correa, 2014)

México y Colombia han dado prioridad al control de la droga ilícita más que del consumo, lo que conlleva un impacto en las políticas de salud y desarrollo social. Aunado a la vulneración de los derechos humanos de los usuarios de drogas. Políticas de drogas lideradas por Estados Unidos (Colombia y México los principales receptores de apoyo económico), orientadas atacar los mercados y a los países que las producen han sido poco

efectivas y han generado violencia dentro de ambos países. Dejando de lado la garantía de la salud, la prevención o la reducción de riesgos.

En este sentido, podríamos pensar que la violencia generada por el tráfico de drogas en México y Colombia es de mayor impacto que el mismo consumo. Es por ello que los Estados han decidido enfocar su esfuerzo y presupuestos al control de la demanda de estupefacientes. Sin embargo, este argumento es paradójico en relación a que los recursos que se invierten a la lucha contra la oferta y no contra el crimen organizado.

Los gobiernos de México y Colombia están obligados a diseñar e implementar políticas relacionadas con el consumo de drogas ilícitas, respetuosas de los derechos humanos, influyentes, con perspectiva de género, con incremento de presupuesto y proporcionando servicios públicos accesibles y de calidad para el tratamiento y rehabilitación de las adicciones.

La falta de información en relación a los diversos centros de rehabilitación y tratamiento que existen en México y Colombia, principalmente centros que ofertan atención a mujeres con problemas de consumo de drogas. Ya que la carencia de información invita a la violación de los derechos humanos y a la falta de respuestas estatales ante el consumo.

En el caso colombiano, la información se obtiene principalmente a través del Observatorio de Drogas el cual depende del Ministerio de Justicia, es decir, el tema de las adicciones es visto desde un punto de vista jurídico y no de salud.

En México existe una evidente ausencia de información sobre el consumo de drogas ilícitas y principalmente del tratamiento que las autoridades tienen del mismo, principalmente las relacionadas con las mujeres. En la información que tienen los países en estudio, carecen de distinción entre las formas de consumo así como de las sustancias mismas, lo que conlleva a respuestas estatales inapropiadas para cada forma de consumo (distinción entre usuario, consumidor eventual, consumidor problemático)

Los Estados han permitido que el sector privado intervenga en la atención del tratamiento y rehabilitación de consumidores problemáticos (hombres y mujeres) Y de manera paralela se han olvidado de aplicar la reglamentación y fiscalización existente. Así como de generar en lo local y de acuerdo a las necesidades propias de las ciudades su reglamentación.

En México, las instituciones de salud pública no ofrecen servicios adecuados a personas con problemas de dependencia alguna sustancia. En el caso, de Colombia los POS son quienes ofrecen atención a las personas con problemas de consumo, canalizándolos a los diversos centros de tratamiento o rehabilitación que son del sector privado, lo que implica la falta de acceso para muchas personas que requieren del servicio.

Sin olvidar los centros de tratamiento y rehabilitación clandestinos, que operan debido a la carencia institucional por definir cuántos funcionan en el país, ni cómo impulsarlos para que puedan cumplir con los requerimientos establecidos en las normas y leyes según sea el caso. En este sentido, dichos centros de tratamiento y rehabilitación se encuentran fuera del control estatal, invitando con ello a la afectación de los derechos humanos de los usuarios de estos centros.

En Colombia, los criterios de habilitación de los centros de tratamiento y rehabilitación son exigentes y coherentes con las necesidades de personas con consumos problemáticos. Sin embargo, existe un grado muy alto de incapacidad estatal para verificar de manera constante y oportuna el cumplimiento de la normatividad, lo que lleva a la falta de calidad de los servicios disponibles en el país para el tratamiento y rehabilitación.

Los usuarios de drogas en ambos países, a pesar de que su consumo no es problemático, son sometidos de manera involuntaria a tratamientos, lo cual puede generar vulneración de los derechos humanos de los usuarios de drogas. En México a través de los Tribunales de adicciones ya en práctica en siete estados del país. Y en Colombia, a través de las canalizaciones que se hacen por medio de los POS. Los tratamientos obligatorios atentan contra la libertad individual. Y en el caso de las mujeres, cuando se obliga a tener un tratamiento en lugares mixtos, se enfrentan al peligro de la violación física y sexual, el acoso y a pérdida de contacto con sus hijos.

Los centros de rehabilitación tanto en México como en Colombia, suelen no ser regulados ni fiscalizados por los estados como lo mencioné anteriormente, lo que implica en la mayoría de los casos a que utilicen métodos de tratamiento que no tienen fundamento científico y que tienden a la disciplina desmedida, el aislamiento, terapia de choque brutal, la obligación de profesar una religión determinada sin respeto o el trabajo no remunerado.

Sin duda, el consumo es un tema social y de salud pública que implica la generación de políticas públicas no represivas ni punitivas. La tendencia para ambos países es la des-

criminalización del consumo así como la regularización del mismo. La invitación para los Estados es poner mayor énfasis en el consumo, a través de servicios de salud, programa de educación, incluyendo acciones de reducción de riesgos y reducción de daños.

Ambos países están obligados a generar políticas públicas inclusivas y con perspectiva de género, basadas en evidencia científica evitando prejuicios y estereotipos, respetando los derechos humanos de los consumidores. La importancia de la generación de la información, a través de realizar mayores esfuerzos por identificar todos los centros de rehabilitación para sumarlos al principio de legalidad.

Generar con ello modelos de tratamiento de adicciones basados en evidencia científica, con perspectiva de género y con enfoque de reducción de daños con la finalidad de disminuir las consecuencias negativas del consumo. Los Estados esta obligados a fiscalizar la aplicación de cualquier tipo de tratamiento de rehabilitación que realizan los centros de rehabilitación del sector privado.

El género condiciona de manera importante la salud de hombres y mujeres y su relación con las drogas así como el tratamiento y rehabilitación de las mismas. A pesar de ello, la perspectiva de género no ha sido incorporada a las investigaciones epidemiológicas realizadas en México y Colombia y, consecuentemente, a las políticas que se vienen aplicando en los ámbitos de la prevención y el tratamiento.

Los Estados tendrían que adoptar una visión moderna de las relaciones de género que permita visualizar una realidad diferente, caracterizada por el hecho de que los hombres y las mujeres consumen drogas por igual y que las consecuencias o problemas que se derivan de los consumos son diferentes en hombres y mujeres. Y por ende los modelos de tratamiento y rehabilitación deben ser diferentes para hombres y mujeres. Cuidando las características peculiares de cada género.

Una reforma minimizada al cannabis medicinal, no coinciden con la realidad y los cambios que se están produciendo en países del norte del continente, los cuales fueron mentores del prohibicionismo y hoy están progresivamente revirtiendo sus políticas. En Estados Unidos de América, los estados de Washington, Colorado, Alaska, Óregon, el distrito de Columbia y recientemente California tienen regulados sistemas de acceso al cannabis. Canadá anunció que presentará en 2017 un proyecto de regulación del cannabis con cualquier finalidad, cumpliendo con la promesa de su primer ministro Justin Trudeau al electorado.

En este sentido considero que los países como México y Colombia deben estar preparados para escenarios de reforma de cara al futuro, en lugar de pensar en soluciones provisionales que seguirán reproduciendo las mismas consecuencias nocivas. Si realmente se desea cambiar esta realidad, resulta necesario avanzar hacia modelos de regulación estatal del cannabis para todos sus fines. Y de manera paralela acompañarlos de acciones relacionadas con la reducción de daños, prevención y reducción de riesgos.

Las políticas de drogas en Colombia atacan los síntomas y no las causas estructurales de este fenómeno, generando daños sociales que podrían ser evitados. Se han entendido las causas de la problemática para atacar a las estructuras y a las personas que realmente se lucran de este negocio, y no a los eslabones débiles del tráfico de drogas que son fácilmente reemplazados. Debe sustituirse el enfoque punitivo en delitos por drogas no violentos por una visión más integral de salud pública y desarrollo humano, que tenga fin último mejorar el bienestar de la población y reducir la violencia asociada a los mercados de drogas. Y asegurar de que las políticas implementadas no causen más daños y problemas de los que pretenden corregir.

Es decir, debe ser una combinación de estrategias que coordinen las políticas de inclusión social y productiva, de salud pública, generar la provisión de servicios de justicia y seguridad ciudadana, el adecuado abastecimiento de bienes y servicios para el crecimiento económico y una política criminal eficaz. Todas las estrategias deben implementarse bajo un marco de desarrollo territorial participativo, mediante la afectación positiva de las condiciones locales y regionales.

Estados Unidos, tiene más de una veintena de estados que han legislado en favor de la marihuana medicinal, en Alaska, Oregón, Colorado, Washington y Washington D.C se ha dado la legalización y regulación. Y en el caso específico de Colorado la marihuana aspira a convertirse en un negocio multimillonario equiparable al de las tabacaleras. Desde enero de 2014, Colorado, Washington y Alaska han legalizado su cultivo, venta y uso.

Con lo anterior quiero señalar que el proceso de legalización, despenalización, descriminalización y regulación está siendo lento y paulatino pero con avances significativos en Estados Unidos, América Latina y el mundo en general. Hay diferentes estadios y grados de aceptación del consumo de marihuana dependiendo de cada país.

En México y Colombia el modelo jurídico, político e ideológico que criminaliza cualquier actividad relacionada con las drogas, ha tenido como propósito crear una sociedad libre de drogas, por lo que genera guerra asumiendo el costo social como un mal necesario para poder erradicar el consumo. En el 2008, la Oficina de Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (UNDOC) reconoció las consecuencias negativas no previstas de este modelo:

- a) Grupos criminales
- b) Mercado negro
- c) Nuevas drogas
- d) Criminalización
- e) Estigma y discriminación
- f) Corrupción
- g) Daños a la salud
- h) Violencia, desapariciones y muerte

América Latina es la región más afectada por ser una zona de producción y tránsito, principalmente Colombia y México. Entre el 2006 y el 2011, en México se registraron alrededor de 60 000 muertes asociadas al combate frontal contra el crimen organizado. Y por otro lado, los costos de la guerra contra las drogas en la salud pública han sido:

- a) Los mensajes de prevención están basados en estigmas.
- b) Surgen nuevas sustancias psicoactivas que producen riesgos desconocidos.
- c) Se incrementa el riesgo de sobredosis, intoxicación e infecciones.
- d) La criminalización de personas que usan sustancias estimula conductas de alto riesgo.
- e) Personas que usan sustancias no cuentan con acceso a servicios de salud.

Una nueva tendencia que contribuye a la reducción de daños por consumo y que se ha dado en algunos países europeos son las salas de consumo. Son centros sanitarios autorizados donde los usuarios de drogas inyectables pueden consumirlas bajo supervisión profesional. Australia, Suiza, Canadá, Alemania, Holanda y España, ya cuenta con ellas, y se caracterizan por: a) Reducir el riesgo de contraer VIH y hepatitis, b) Reducir el riesgo

de muerte por sobredosis, c) El material que se utiliza es estéril, d) El espacio de consumo es higiénico; y e) La asistencia médica en caso de emergencia.

En Colombia a través de los CAMAD se ha iniciado un avance en ese sentido y tienen el reto de convertirse en una estrategia de reducción de daños intersectorial en la que exista claridad sobre las funciones y responsabilidades de las entidades y participen de forma articulada las secretarías de Salud, Integridad Social y Seguridad. Se presentan como una opción para evitar la estratificación de los modelos de reducción de daños, crear alternativas locales que tomen en cuenta la interseccionalidad de las poblaciones consumidoras de drogas.

Referencias bibliográficas

Aguilar Villanueva, Luis F., (1992 a) *“El estudio de las políticas públicas”*, Miguel Ángel Porrúa, México.

Aguilar Villanueva, Luis F., (1992 b) *“La hechura de las políticas”*, Miguel Ángel Porrúa, México.

Aguilar, Luis F. (2009) Marco para el análisis de las políticas públicas. En Mariñez, Freddy y Garza, Vidal (2009) Política pública y democracia en América Latina del análisis a la implementación. Porrúa, México, D. F.

Almeda, Elisabet, Di Nella, D., Navarro, C. (2012) *“Mujeres, cárceles y drogas: datos y reflexiones”*, Oñati Socio-Legal.

Blofield, Merike (2010) *“Gender Equity in Latin America”*. Development Challenges in the Hemisphere task force. México, Asociación Mexicana de Estudios Internacionales.

Beltrán, Elena y Virginia Maquieira (eds.), *“Feminismos: debates teóricos contemporáneos”*, Alianza Editorial, Madrid, 2001

Brenes, Irene (2002) *“La equidad de género y la gestión gubernamental: 1998-2002”*, Instituto Nacional de las Mujeres de Costa Rica (documento inédito)

Careaga Pérez, Gloria (1999), *“La perspectiva de género, su incorporación a las políticas públicas”*, Versión preliminar inédita. 282 ESTUDIOS SOCIOLÓGICOS XXIII: 67, 2005.

Cazés Menache, Daniel y Marcela Lagarde (2000), *“La perspectiva de género. Guía para diseñar, poner en marcha, dar seguimiento y evaluar proyectos de investigación y acciones públicas y civiles”*, México, CONAPO-Comisión Nacional de la Mujer.

CETEL- Centre d'étude. De technique et d'évaluation législatives, 2000, Cours de Légistique, Faculté de Droit, Université de Gneve, Ginebra.

Chavarría, Mónica (2010) *“Uso de drogas detona la violencia intrafamiliar”*. Reflexiones de revista México Social. Comisión Económica para América Latina y el Caribe.

Chávez, Julia del Carmen (2010) *“Políticas públicas con perspectiva de género”*. Universidad Autónoma de México.

Comisión asesora para la política de drogas en Colombia (2013) Lineamientos para una política pública frente al consumo de drogas. Bogotá. Disponible en:

<http://www.idc.gov.co/Portals/1/Docs/politDrogas/Lineamientos5318-CA.pdf>

Comisión asesora para la política de drogas en Colombia, en comunicado de prensa del 13 de mayo del 2015.

Comisión Latinoamericana sobre drogas y democracia, Salud pública

Convención única de estupefacientes de 1988.

El Consorcio Internacional sobre Políticas de Drogas (IDPC), “Camino a la UNGASS 2016: peticiones del IDPC en materia de proceso y políticas.

Constitución de la Organización Mundial de la salud

Convención internacional sobre la eliminación de todas las formas de discriminación racial de 1960.

Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer de 1979

Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, 2008.

Convención sobre los derechos del niño.

Convención única sobre estupefacientes de 1961.

Estudio de Consumo de Sustancias Psicoactivas Colombia 2013

Encuesta Nacional de Adicciones de México, 2011.

Estudio Nacional de Consumo de Sustancias de consumo de sustancias psicoactivas en población escolar Colombia 201.

El espectador, 25 de mayo de 2016: “Histórico: Congreso aprobó en último debate ley de marihuana medicinal en Colombia”

<http://www.elespectador.com/noticias/politica/historico-congreso-aprobo-ultimo-debate-ley-de-marihuan-articulo-634163>

El tiempo, 28 de junio del 2016: “Expiden primera licencia para producir marihuana medicinal en Colombia”

<http://www.eltiempo.com/estilo-de-vida/salud/empresa-que-producira-marihuana-medicinal-en-colombia/16631943>

Fernández, María Aránzazu (2012) *“El mainstreaming de género en las políticas sobre drogas”*. Fundación CESPAP-Proyecto Hombre.

- García del Castillo Rodríguez, J.A. (2003) “Drogas y género, Zaguán No. 22. Glosario de términos relacionados con la transversalidad de género, [en línea], España, Proyecto Equal 2007 [consultado el 27 de agosto de 2007] en: <http://www.eculturas.com/final/Documenta/texto/GlosarioGenero.pdf>
- González, José (2013) Mujer y drogas. Un enfoque de género en los centros de trabajo. Revista de la sociedad española de salud laboral. España.
- Hernández, Delia Cristina (2012) “*Tratamiento de adicciones en Colombia*”. Redalyc.org. Asociación Colombiana de Psiquiatría.
<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Normal.jsp?i=6388> (Código penal)
<http://www.elpais.com.co/elpais/california/noticias/california-pionero-rehabilitacion-consumidoras-drogas>
http://internacional.elpais.com/internacional/2016/04/19/mexico/1461089683_624693.html
- Informe Mundial sobre las Drogas, 2014.
- Kort, E (1998) Modelo de tratamiento para la dependencia de alcohol y drogas. Revista de trabajo Social. 22: 52-57
- Lamas, Marta (2002) “Cuerpo: Diferencia sexual y género”. México: Taurus.
- Lamas, Marta, (2009), “*La despenalización del aborto en México*”, Nueva Sociedad, núm. 220, marzo-abril.
- Lagarde, Marcela (2008) “El Género”, en RAMOS RÚÍZ, Lídice (Comp.), Género y Sociedad, México, UANL.
- Lahera, Eugenio (2002) “Introducción a las Políticas públicas”, Fondo de cultura económica, Chile.
- Lasswell, Harold D. 1951. La orientación hacia las políticas. En Luis F. Aguilar (comp.), *El Estudio de las Políticas Públicas*. Ed. Porrúa. México. 1996.
- Lazeaga, Emmanuel, (1994), “*Análisis de resultados en organizaciones sociales*” en Revue Francaise de Sociologie, XXXV-2, pp. 293-320.
- Marin, Bernd y Mayntz, Renate, ed. (1991), “*Policy networks. Empirical and theoretical considerations*”, Campus Verlag, Frankfurt am Main.
- Meny, Yves y Thoenig, Jean- Claude, (1989), “*Les politiques publiques*”, PUF, Paris.

Meny, Yves (sic), Thoenig, Jean- Claude, (1992), *“Las políticas públicas” (traducción)* Ariel, Barcelona.

Merino, Mauricio (2013) “Políticas Públicas. Ensayo sobre la intervención del Estado en la solución de problemas públicos”. Editorial CIDE.

Ministerio de la Protección Social -MPS- y Dirección Nacional de Estupefacientes. Estudio Nacional de Consumo de sustancias psicoactivas en Colombia (2008) Bogota: Editorial Guadalupe S.A.

Ministerio de la protección Social (2004) Diagnóstico Situaciones. Instituciones de tratamiento, rehabilitación y reincorporación social a consumidores de SPA en Colombia. Elaborado por Inés Elvira Mejía Motta.

Moreno, José; Arballo, Rosa (2003) “Experiencias en Políticas públicas de los Organismos No Gubernamentales en Baja California”, Estudios Fronterizos, Vol. 4, num, 8, Tijuana,

Moser, Caroline O. N. (1995), *“Planificación de género y desarrollo: teoría, práctica y capacitación”*, Lima, Flora Tristán.

Muller, Pierre y Surel, Yves, (1998), *“El análisis de las políticas públicas”*, Montchretien, Paris.

Naciones Unidas, Convocatoria a Concurso, Boletín de Estupefacientes. Volumen XLVII, nos 1 y 2, 1995. Número especial sobre el género y el uso indebido de drogas. Naciones Unidas. Nueva York, 1996. P. xi.

Nonell, Rosa (1987) “Estructuras de concertación económica: una aproximación metodológico conceptual”, Cuadernos de Economía, Vol. 15, No. 43, Barcelona, mayo/agosto.

Observatorio de Drogas de Colombia, 6 de Julio de 2016; “Marihuana nuevo enfoque: el de la legalidad y como sustento de familias: Ministro Londoño”

<http://www.odc.gov.co/INICIO/Noticias/ArtMID/2976/ ArticleID/2401/Marihuana-nuevo-enfoque-el-de-la-legalidad-y-como-sustento-de-familias-Ministro-Londo241o>

Pacto Internacional de derechos civiles y políticos de 1966.

Palacios, Leandro (2003) “Género y Psicoterapia”, Universidad Pontificia Comillas, Madrid, España.

Parsons, W. (1995): Public Policy. An Introduction to the Theory and practice of policy analicy, Edward Elgar, Aldershot, UK, Brookfield, US.

Ponencia para el primer debate al proyecto de Ley No. 185 de 2015 cámara, 80 de 2014 senado “por medio de la cual se reglamenta el acto legislativo 02 de 2009”.

Protocolo de modificación de la Convención única sobre estupefacientes de 1961.

Rekalde Ángel; Vilches, Carlos (2003) “Drogas de ocio y perspectiva de género en la CAV”. Donostia.

Roth Deubel, André-Noël (2002), “Políticas públicas: Formulación, implementación y evaluación ¿Cómo elaborar las políticas públicas? ¿Quién decide? ¿Cómo realizarlas? ¿Quién gana o pierde?”, Ediciones Aurora, quinta edición, Bogotá

Roth Deubel, André-Noël (2006), “*Políticas públicas: Formulación, implementación y evaluación ¿Cómo elaborar las políticas públicas? ¿Quién decide? ¿Cómo realizarlas? ¿Quién gana o pierde?*”, Ediciones Aurora, quinta edición, Bogotá.

Romo, Nuria (2001). “Mujeres y drogas de síntesis. Género y riesgo en la cultura del baile”, Donostia: Gakoa.

Salazar Vargas, Carlos (1992), “*Las políticas públicas*”, Pontificia Universidad Javeriana, Colección Profesores No. 19, segunda edición, Bogotá.

Sistema de Fiscalización Internacional de Estupefacientes y Psicotrópicos de Naciones Unidas.

Serret, Estela (1999), “*Hermenéutica y feminismo. Por qué es interdisciplinaria la teoría de género*”, Iztapalapa: revista de ciencias sociales y humanidades, vol. 19, núm. 45, enero-junio, pp. 17-26.

Subirats, Joan; Knoepfel, Peter; Larrue, Corinne; Varonne, Frederic (2008) “Análisis y gestión de Políticas Públicas”. Editorial Ariel, Barcelona, España.

Tarrés, María Luisa (1998), “*Género y política en América Latina*”, ponencia presentada en el “Seminario Género y Epistemología: Mujeres y Disciplinas”, Programa Interdisciplinario de Estudios de Género (PIEG), 29-31 de julio, Santiago de Chile, Chile.

Toledo, Alejandro (1999) “Globalización, Estado-Nación y espacios sociales” *Revista de Ciencias Sociales y Humanidades*, UAM Iztapalapa, año 19, num. 46 , julio-diciembre, México.

Uprimny R. et al (2014) *Entre el estigma y el derecho: consumo de drogas y respuesta estatal en Colombia*. Dejusticia. Bogotá.

Uprimny Yepes, R; Guzmán; Parra Norato, J. (2013). “Penas alucinantes. La desproporción de la penalización de las drogas en Colombia”, Bogotá: Centro de Estudios de Derecho, Justicia y Sociedad, Dejusticia; [http://www.drogasyderecho.org/publicaciones/pub-col/proporcionalidad-colombia-\(penas-alucinantes\).pdf](http://www.drogasyderecho.org/publicaciones/pub-col/proporcionalidad-colombia-(penas-alucinantes).pdf)

Wetherington, C. L., y Roman, A., B. (1998). *Drug addiction research and the health of women*. Executive summary. Rockville: NIDA.

Wilsnack, S. C. (1996). Patterns and trends in women are drinking: Recent findings and some implications for prevention. En: J. M. Howard, S. E. Martin, P. D. Mail, M. E. Hilton, y E. D. Taylor. *Women and alcohol: Issues for prevention research*. Bethesda: NIH.

Zafra, Gloria (2005), “*Políticas públicas con perspectiva de género: avances sobre un programa de especialización para la administración pública desarrollado por el Instituto de la Mujer Oaxaqueña*” *Estudios Sociológicos*, vol. XXIII, núm. 67, enero-abril, 2005, pp. 253-282, El Colegio de México. Distrito Federal, México,

