

El Estado frente al consumo y los consumidores de drogas ilícitas en México

Catalina Pérez Correa
Karen Silva Mora



MONITOR

08



CIDE
Región • Centro



CIDE
40 ANIVERSARIO



Política
de Drogas

Cuadernos de Trabajo del Monitor del Programa de Política de Drogas

El Estado frente al consumo y los consumidores de drogas ilícitas en México

Catalina Pérez Correa

Karen Silva Mora

Junio, 2014

Programa de Política de Drogas
Centro de Investigación y Docencia Económicas
Región Centro

Documentos
de trabajo
eBooks
Novedades
Fondo
editorial
Revistas
LIBROS

www.LibreriaCide.com

Primera edición: 2014

Las opiniones y datos contenidos en este documento son de la exclusiva responsabilidad de su(s) autor(es) y no representan el punto de vista del CIDE como institución.

Este Cuaderno de Trabajo forma parte del Programa de Política de Drogas del CIDE.

Programa de Política de Drogas:
Alejandro Madrazo, Coordinador
Laura Atuesta, Responsable del Monitor
Beatriz Labate, Responsable del Seminario
Karen Silva Mora, Responsable de Desarrollo Institucional
(ppd@cide.edu)

Esta edición fue patrocinada por *Open Society Foundations*.

Centro de Investigación y Docencia Económicas A.C. Región Centro
Programa de Política de Drogas. Circuito Tecnopolo Norte s/n, Col. Hacienda Nueva,
CP 20313, Aguascalientes, Ags., México.
www.politicadedrogas.net | ppd.cide.edu | www.cide.edu

La creación de esta Colección de Cuadernos de Trabajo del Programa de Política de Drogas fue aprobada por el Comité Editorial del Centro de Investigación y Docencia Económicas en febrero de 2014.

Supervisión de la edición: Aníbal Salazar Méndez (anibal.salazar@cide.edu)

Se prohíbe la reproducción parcial o total de esta obra –incluido el diseño tipográfico y de portada–, sea cual fuere el medio, electrónico o mecánico, sin el consentimiento de las autoras

Impreso en México - *Printed in México*

ÍNDICE

RESUMEN EJECUTIVO	7
I.INTRODUCCIÓN	11
II.MARCO CONCEPTUAL	13
1. CONSUMIDORES Y CONSUMO	13
2. INTERVENCIÓN DEL ESTADO	16
III.CONSUMIDORES, CONSUMO Y LEGISLACIÓN	19
1. LEGISLACIÓN PASADA Y PRESENTE SOBRE EL CONSUMO EN MÉXICO	20
2. LA LEY DE NARCOMENUDEO	22
3. GOCE Y VULNERACIÓN DE LOS DERECHOS DE LOS CONSUMIDORES	28
IV.LA DIMENSIÓN DEL CONSUMO EN MÉXICO	35
1. LA ENCUESTA NACIONAL DE ADICCIONES	36
2. SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LAS ADICCIONES (SISVEA)	38
3. SISTEMA DE REPORTE DE INFORMACIÓN EN DROGAS (INFORME INDIVIDUAL SOBRE EL CONSUMO DE DROGAS)	42

4. ENCUESTA DE CONSUMO DE DROGAS EN ESTUDIANTES DE LA CIUDAD DE MÉXICO, 2012	42
5. CONCLUSIONES	43
V. LAS RESPUESTAS ESTATALES EN CIFRAS: INSTITUCIONES DE SALUD Y DE DERECHO PENAL	44
1. INSTITUCIONES PENALES	45
2. TRIBUNALES PARA EL TRATAMIENTO DE ADICCIONES (CORTES DE DROGAS EN MÉXICO)	57
3. INSTITUCIONES DE SALUD	58
VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	62
VII. REFERENCIAS	65

TABLAS

TABLA 1. ORIENTACIÓN DE DOSIS MÁXIMAS DE CONSUMO PERSONAL E INMEDIATO	23
TABLA 2. TENDENCIA DEL CONSUMO EN EL ÚLTIMO AÑO.	37
TABLA 3. DISTRIBUCIÓN SEGÚN ACTIVIDAD PRINCIPAL (CENTROS DE TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN NO GUBERNAMENTALES). MÉXICO 1994-2012	39
TABLA 4. TIPO DE DELITO DE LOS MENORES EN CONSEJOS TUTELARES, 2012.	41

TABLA 5. DEFUNCIONES POR CAUSA Y SUSTANCIAS PRESENTES EN LA DEFUNCIÓN	43
TABLA 6. PERSONAS DETENIDAS POR CONSUMO DE DROGAS	46
TABLA 7. INCIDENCIA DELICTIVA NACIONAL	47
TABLA 8. AVERIGUACIONES PREVIAS INICIADAS Y CONSIGNADAS POR CONSUMO DE NARCÓTICOS. NIVEL FEDERAL	48
TABLA 9. RESOLUCIONES DE NO EJERCICIO DE LA ACCIÓN PENAL Y TRATAMIENTO FORZOSO. NIVEL FEDERAL	50
TABLA 10. CONDUCTA RELACIONADA CON DROGAS POR LA QUE FUERON SENTENCIADOS	51
TABLA 11. PERSONAS DETENIDAS POR CONSUMO DE DROGAS 2007-2012	52
TABLA 12. AVERIGUACIONES PREVIAS INICIADAS Y CONSIGNADAS POR CONSUMO DE NARCÓTICOS. NIVEL LOCAL	53
TABLA 13. PROCESADOS, SENTENCIADOS Y CONDENADOS POR CONSUMO 2007 A 2012 (SONORA Y MORELOS)	54
TABLA 14. PROCESADOS, SENTENCIADOS Y CONDENADOS POR NARCOMENUDEO	55
TABLA 15. RESOLUCIONES DE NO EJERCICIO DE LA ACCIÓN PENAL Y TRATAMIENTO FORZOSO. NIVEL LOCAL	56

TABLA 16. NÚMERO DE RESOLUCIONES RECIBIDAS POR PARTE DEL MINISTERIO PÚBLICO, DE NO EJERCICIO DE LA ACCIÓN PENAL A FARMACODEPENDIENTES Y CONSUMIDORES, DE ACUERDO AL ARTÍCULO 478 DE LA LEY GENERAL DE SALUD	60
TABLA 17. DE ESOS FARMACODEPENDIENTES O CONSUMIDORES, A CUÁNTOS SE CITÓ PARA PROPORCIONARLE ORIENTACIÓN Y CONMINARLO A TOMAR PARTE EN LOS PROGRAMAS CONTRA LA FARMACODEPENDENCIA O PREVENTIVOS.	61
ANEXO	69

EL ESTADO FRENTE AL CONSUMO Y LOS CONSUMIDORES DE DROGAS ILÍCITAS EN MÉXICO¹

RESUMEN EJECUTIVO

1. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Adicciones en 2011, cerca de 1,200,000 personas habían consumido alguna sustancia ilícita en los 12 meses anteriores a la realización de la encuesta. A pesar de que el consumo de sustancias ilícitas no es un delito –aunque sí lo son casi todas las conductas previas al consumo (como la posesión, suministro, distribución, cultivo, etcétera)–, los datos muestran que el consumo es manejado como delito en nuestro país (y por ende que los consumidores son tratados como delinquentes). Esto sucede de dos formas: por una parte, cuando consumidores portan cantidades iguales o inferiores a las señaladas en la tabla de dosis máximas de la Ley General de Salud, son detenidos y procesados por consumo por las instituciones penales federales y locales. Por otra, cuando poseen cantidades superiores a las señaladas, son detenidos y procesados por posesión, siendo en este caso equiparados a narcomenudistas y castigados por el sistema penal como tales, lo que implica la imposición de penas de prisión.
2. La revisión de la evolución de las normas en materia de control de sustancias ilícitas muestra que, aunque desde 1994 el consumo dejó de ser tipificado penalmente como delito, la posesión se mantuvo en el ámbito penal, quedando así los consumidores –aunque no el consumo– en la esfera de acción del sistema de procuración y administración de justicia penales. Uno de los problemas principales de la aplicación de la normatividad en materia de control de sustancias ilícitas tiene que ver con los bajos montos establecidos para consumo en la Ley General de Salud.
3. De acuerdo con información de la Procuraduría General de la República, de 2009

¹ Este trabajo forma parte de un estudio regional que realizó el CEDD sobre consumidores en América Latina y las respuestas estatales. El estudio regional y los demás estudios individuales pueden consultarse en www.drogasyderecho.org. Agradecemos los comentarios y sugerencias de Alejandro Madrazo, Bia Labate, Coletta Youngers, Diana Guzman, Jorge Parra y los demás miembros del Colectivo.

- hasta mayo de 2013 fueron detenidas por esa dependencia a nivel nacional 140,860 personas por consumo de drogas, a pesar de que el consumo no es un delito según la legislación penal aplicable. Los estados en los que más personas fueron detenidas por consumo por la PGR en el periodo 2010-2013 fueron Jalisco (32,373 detenidos), el Distrito Federal (27,295), Baja California (23,195) y Guanajuato (18,551).
4. Durante ese mismo periodo fueron iniciadas 53,769 averiguaciones previas por consumo en el sistema federal. Es decir, se iniciaron a nivel de ministerio público cerca de 54,000 investigaciones por consumo.
 5. Entre 2009-2012, asimismo, a nivel federal se emitieron 89,086 resoluciones de No Ejercicio de la Acción Penal a favor de “farmacodependientes o consumidores”. Aunque se trata de casos que concluyeron con el No Ejercicio de la Acción Penal (NEAP), cada uno de estos casos representa a un consumidor que fue llevado ante el Ministerio Público y contra quien se inició un procedimiento penal. Ello no sólo implica una grave intrusión a la soberanía de estas personas que fueron detenidos e investigados; además, significa que los escasos recursos penales federales (institucionales, humanos y económicos) son, en un número importante de casos, destinados al procesamiento penal de consumidores.
 6. Entre 2009 y 2012 se iniciaron 7,797 tratamientos forzosos a “farmacodependientes” (el término usado por la ley para referir a los consumidores que se consideran problemáticos); de ellos, 82% ha concluido el tratamiento. La entidad en que más usuarios iniciaron tratamientos forzosos fue Baja California, con 5,270 (68% del total), mismos que se concluyeron en su totalidad; después Nayarit (con 752 tratamientos iniciados y 355 concluidos) y Morelos (con 343 iniciados, de los cuales concluyó 40%).
 7. La importancia de los consumidores como objetivo del sistema de procuración de justicia se refleja también en la población carcelaria. Según la Primera Encuesta en los Centros Federales de Readaptación Social (Pérez Correa y Azaola, 2012), 40.7% de los internos sentenciados en los centros federales afirmó estar sentenciado por transporte de drogas, 38.5% por posesión (traer consigo), 15.4% por vender al menudeo, 8.9% por traficar, 4.9% por vender al mayoreo, 3.2% por “fomento al narcotráfico”, 3.0% por suministro, 1.8% por consumo y 1.8% por plantar o cultivar drogas.
 8. Los datos muestran, además, que a pesar de la aprobación y puesta en marcha de la Ley de Narcomenudeo, que pretendía descargar en los sistemas penales de las entidades federativas una parte importante de los casos que saturaban al sistema federal, las autoridades federales siguen procesando casos que ahora competen principalmente al orden local.

A la vez, los datos sugieren que las procuradurías locales siguen sin asumir plenamente su competencia en la materia. Así, mientras que la Procuraduría General de la República (PGR) detuvo a 140,860 personas por consumo de drogas entre 2009 y mayo de 2013 e inició 53,769 averiguaciones previas por la misma causa a nivel nacional, los estados reportaron 4,708 detenidos por consumo y 889 averiguaciones previas durante el mismo periodo (aunque cabe aclarar que no todos los estados aportaron información).

9. Existe una evidente ausencia de información sobre el consumo de sustancias ilícitas en nuestro país y sobre el tratamiento que las autoridades tienen del mismo, especialmente en el ámbito de los estados y en materia de salud y tratamientos. La inconsistencia en la información proporcionada por las entidades

federativas indica opacidad u omisión en el trato al consumo de drogas ilícitas y consumidores. Es posible que las variaciones en las respuestas obtenidas entre una entidad y otra se deba a una falta de sistematización institucional y/o a una falta de claridad sobre las obligaciones en la materia. En todo caso, las omisiones implican incertidumbre jurídica para los consumidores y la vulneración de sus derechos.

10. La criminalización que de facto existe en México hacia los usuarios de sustancias ilícitas favorece su marginación y la transgresión de sus derechos fundamentales, incluidos el derecho a la autonomía, a la no discriminación, a la salud, a la información y al debido proceso. Significa también el gasto de recursos institucionales para el procesamiento penal de consumidores.

I. INTRODUCCIÓN

De acuerdo con los datos de la Encuesta Nacional de Adicciones en 2011, cerca de 1,200,000 personas habían consumido alguna sustancia ilícita en los 12 meses anteriores a la realización de la encuesta. Aunque existen varias ramas del derecho que regulan el uso de sustancias ilícitas² en México, es la del derecho penal la que preponderantemente media la relación entre consumidores y Estado. Como se muestra en este texto, para muchos de los usuarios de sustancias ilícitas, el consumo ha implicado caer bajo la actuación directa de las instituciones penales, con todos los costos que ello implica. Para otros, ha significado el riesgo de participar en mercados ilícitos y de consumir sustancias de procedencia y calidad desconocida.

Aunque existe cierto consenso, tanto a nivel nacional como internacional, respecto a que el consumo no debe ser un asunto de índole penal, sino uno de salud,³ la respuesta del Estado mexicano ante el consumo de

sustancias ilícitas ha sido principalmente la de perseguir penalmente y marginar socialmente a los usuarios. El consumo de sustancias ilícitas en México no es un delito, aunque sí lo son casi la totalidad de conductas previas al consumo (como la posesión, suministro, distribución, cultivo, producción, siembra, cosecha, etcétera). Sin embargo, el consumo es criminalizado. Entre 2009 (cuando fue aprobada la Ley de Narcomenudeo⁴) y mayo de 2013, fueron detenidas, a nivel nacional, 140,860 personas por **consumo** de drogas. A la vez, durante ese mismo periodo fueron iniciadas en el ámbito federal 53,769 averiguaciones previas por consumo en el sistema federal y fueron emitidos casi 90,000 No Ejercicios de la Acción Penal⁵ por la misma causa.⁶ Aunque este último número se trata de personas que no fueron sancionadas penalmente, se trata de personas que estuvieron sujetas a un proceso penal. Es decir, fueron llevadas ante el ministerio público y se inició un proceso penal en su contra.

² Sin dejar de tomar en cuenta que no son las sustancias sino los usos de las mismas los que son ilícitos, en este texto utilizamos el término “sustancias ilícitas” para facilitar la lectura del mismo.

³ Incluso, se ha sostenido que, en la mayoría de los casos, el consumo no produce efectos negativos relevantes ni para el individuo que consume ni para la sociedad (Mitchel, 1990). Y se ha afirmado que los efectos más nocivos son resultado del actual régimen prohibitivo que, al criminalizar a consumidores, los expone a situaciones de riesgo (Comisión Global de Política de Drogas, 2011).

⁴ En la sección IV.2 se analiza la Ley de Narcomenudeo.

⁵ Por “acción penal” se entiende la facultad que tiene el Ministerio Público para “provocar” la actuación del juez penal para que éste inicie un proceso y aplique la ley. Dicha facultad le es conferida al Ministerio Público en el artículo 21 constitucional. El No Ejercicio de la Acción Penal se refiere a la decisión del Ministerio Público de no presentar una acusación penal ante la autoridad judicial.

⁶ Información pública otorgada por la Procuraduría General de la República, folios 0001700136313 y 0001700169413. (Para más información sobre las solicitudes de información, ver anexo).

La criminalización –a través de las instituciones penales– del consumo en México se puede explicar, en parte, por la negativa a distinguir distintos tipos de consumo y la presunción de que todo consumo siempre es riesgoso y problemático.⁷ Sin embargo, como se muestra en este texto, existen diferentes tipos de consumo –tanto de sustancias lícitas como de ilícitas– y, para poder lograr una política de drogas racional, el Estado debe reconocer estas diferencias. Asimismo, la criminalización del consumo puede explicarse por la confusión existente sobre la competencia jurisdiccional en la materia. El resultado es preocupante pues significa una grave incertidumbre jurídica y el menoscabo de los derechos fundamentales de los mexicanos.

A nivel institucional se ha puesto relativamente poca atención a los consumidores de sustancias ilícitas, a las razones que tienen para consumir y a las formas existentes de consumo. Esto ha llevado a soslayar la relación entre consumidores y derecho, entre consumidores y el Estado, y ha conducido a un desconocimiento general sobre cuestiones claves como: ¿Quiénes son consumidores? ¿Qué derechos tiene un consumidor en México? ¿Cuándo se justifica la intervención del Estado? ¿Qué tipo de intervención se justifica? ¿Cómo debe realizarse dicha intervención?

¿Cómo interviene, de facto, el Estado frente al consumo? El objetivo de este texto es aportar información estadística y normativa sobre el fenómeno del consumo en México para poder responder a éstas y otras preguntas.

En la siguiente sección se presenta el marco teórico del cual se parte. Se comienza por explicar cómo se define un consumidor de acuerdo con la legislación mexicana, esto para mostrar algunos problemas iniciales. Se señalan también los problemas que existen para justificar la intervención del Estado ante el consumo y las formas en que puede legítimamente hacerlo. En la sección III, se analiza el marco legal en torno al consumo de sustancias ilícitas, incluyendo una descripción de la Ley de Narcomenudeo (LN). En esa sección también listamos los principales derechos de los consumidores y las formas en que estos son vulnerados en la práctica. En la sección IV, se presentan las principales fuentes de información sobre consumo de sustancias y se aportan algunos datos relevantes para dimensionar el consumo en México. En la sección V, se presentan cifras sobre las respuestas estatales ante el consumo para mostrar cómo se comportan, de facto, las instituciones penales y de salud ante el consumo de drogas de uso ilícito. El texto termina presentando conclusiones y recomendaciones generales en la materia.

⁷ El programa nacional de salud 2007-2012, por ejemplo, señala que “El consumo de drogas daña de muy diversas maneras la salud física y mental de los individuos, y se asocia a fenómenos sociales de prevalencia creciente, como la violencia y la desintegración familiar”, sin aceptar la posibilidad de usos recreativos no dañinos. (Véase Secretaría de Salud, 2007: 45).

II. MARCO CONCEPTUAL

En esta sección se analizan las definiciones de consumo y consumidor que aporta la legislación vigente mexicana y los problemas que dichas definiciones generan. Asimismo, se estudian otras definiciones de consumidores y consumo que dan cuenta de diferentes tipos de consumo –tanto de sustancias lícitas como de ilícitas– y que permiten una visión más completa del fenómeno del consumo y se señalan algunos de los problemas éticos que existen para justificar la intervención del Estado para regular el consumo.

II.1. CONSUMIDORES Y CONSUMO

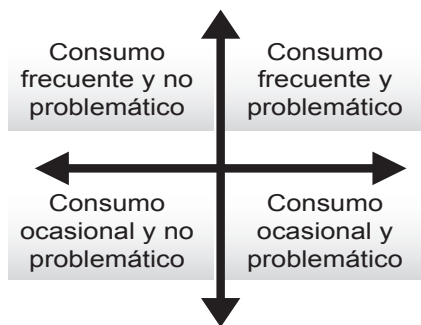
Uno de los elementos clave en la formulación de políticas públicas en materia de drogas racionales, proporcionales y congruentes con los

derechos fundamentales, es la aceptación de diversos tipos de consumos y consumidores de drogas, legales e ilegales. La Comisión Asesora para una política de drogas en Colombia⁸ (2013:19), señala que existen por lo menos cuatro tipos de consumos de drogas: consumo frecuente y no problemático, consumo frecuente y problemático, consumo ocasional y no problemático y consumo ocasional y problemático (ver gráfico 1).

Esta categorización permite ver que no todo uso de drogas es problemático ni implica una dependencia que justifique la intervención coactiva del Estado. Como expresa la Comisión Asesora:

Asociar todo uso de drogas a consumo problemático o a dependencia lleva a equívocos que impiden usar las herramientas adecua-

GRÁFICO 1. TIPOS DE CONSUMO.



Fuente: Comisión Asesora para una política de drogas en Colombia (2013:19).

⁸ Organismo de reciente creación conformado por expertos en materia de política de drogas.

das para enfrentar los problemas que se derivan del consumo de drogas. Es por esto que los programas enfocados en disminuir el uso de drogas requieren de un diagnóstico adecuado que caracterice el consumo de drogas dentro de las cuatro modalidades generales propuestas anteriormente: ocasional vs. frecuente y problemático vs. no problemático (Comisión Asesora para una política de drogas en Colombia, 2013:19).

En contraste con la visión de caracterizar el consumo en distintas modalidades, para estar en capacidad de ofrecer adecuadas herramientas en una política de drogas, la normatividad mexicana acepta únicamente la posibilidad del consumo ocasional no problemático y el consumo frecuente problemático. La Ley General de Salud define la *farmacodependencia* como “el conjunto de fenómenos de comportamiento, cognoscitivos y fisiológicos, que se desarrollan luego del consumo repetido de estupefacientes o psicotrópicos...”. Los consumidores, de acuerdo con la ley, se definen en oposición a los farmacodependientes:

- A. *Farmacodependiente*: Toda persona que presenta algún signo o síntoma de dependencia a estupefacientes o psicotrópicos.⁹
- B. *Consumidor*: Toda persona que consume o utilice estupefacientes o psi-

cotrópicos y que no presente signos ni síntomas de dependencia.¹⁰

Las definiciones anteriores distinguen entre consumos problemáticos (farmacodependientes) y consumos no problemáticos (consumidor). A su vez, la Norma Oficial Mexicana (NOM) 028-SSA-2009 reconoce que el consumo de sustancias psicoactivas es un rubro genérico que agrupa diversos patrones de uso y abuso de sustancias psicotrópicas.¹¹ Sin embargo, la definición de dependencia que aporta la NOM parece estrechar la distinción entre “consumidor” y “farmacodependiente”. De acuerdo con la misma, la dependencia es:

el estado psicofísico causado por la interacción de un organismo vivo con un fármaco, alcohol, tabaco u otra droga, caracterizado por modificación del comportamiento y otras reacciones que comprenden siempre un impulso irreprimible por tomar dicha sustancia en forma continua o periódica, a fin de experimentar sus efectos psíquicos y a veces para evitar el malestar producido por la privación.¹²

A pesar de distinguir entre consumo “general” (que podríamos encuadrar en la clasificación de ocasional-no problemático) y dependencia (que podemos equiparar a consumos proble-

⁹ LGS, artículo 192 Bis, fracción I.

¹⁰ LGS, artículo 192 Bis, fracción II.

¹¹ Regla. 3.14 nom 028-SSA-2009.

¹² Regla 3.1 nom 028-SSA-2009.

máticos), estas definiciones presentan varios problemas: primero, la definición aportada por la LGS de “farmacodependiente” resulta sumamente amplia al establecer como tal a toda persona que presente *algún* síntoma de dependencia. El conocido manual de diagnóstico de problemas mentales (DSM-IV) publicado por la Asociación Norteamericana de Psiquiatría (1995), establece que existe dependencia cuando se presentan tres o más síntomas de los ahí listados, como son los síntomas de abstinencia o la incapacidad de dejar de consumir. En contraste, la LGS define como dependiente a quien presenta sólo *alguno* de los síntomas. Esto significa que la categoría de “farmacodependiente” abarca a casi cualquier consumidor.

Segundo, las definiciones aportadas por la legislación mexicana dejan fuera el consumo frecuente-no problemático –pues se asocia a la dependencia (o al consumo problemático) con la repetición, periodicidad o frecuencia en el consumo–, y al consumo ocasional-problemático –pues la falta de frecuencia implica que no hay un problema en el consumo–. En otras palabras, para la legislación mexicana, todo consumo que sea frecuente –es decir, que se realice repetida o periódicamente–, es problemático y se equipara a dependencia. A la vez, no hay lugar para los usos problemáticos que no impliquen un consumo frecuente.

En su texto sobre adicción, Foddy & Savulescu (2010) señalan que no sólo el

consumo de drogas como el alcohol, tabaco, marihuana, cocaína, etcétera, sino cualquier actividad que produce placer –como el sexo, las apuestas o el consumir azúcar– producen un impulso físico para repetir la acción.¹³ Un comportamiento adictivo, dicen, “no es más que un deseo fuerte y repetido” de querer volver a experimentar lo mismo (Foddy y Savulescu, 2010). En ese sentido, es equívoco asociar directamente la dependencia con la frecuencia de consumo o con el deseo de “tomar dicha sustancia en forma continua o periódica”, pues dicho deseo es normal para toda clase de conductas que producen placer. En todo caso, para evaluar lo problemático de un consumo, el Estado debería enfocarse en los efectos dañinos que causa en la persona y no en la periodicidad en que se da el mismo –lo que no significa que todo consumo justifica una intervención violenta por parte del Estado–. Como se mencionó, la legislación actual mexicana no hace énfasis en la cuestión de los efectos del consumo para evaluarlo, sino que se enfoca en la periodicidad del mismo. Esto nos permite concluir que no existe en la normatividad un marco conceptual que permita distinguir los tipos de consumo, para que puedan ser atendidos adecuadamente.

Un análisis más detenido a la legislación muestra un esfuerzo por clasificar a las sustancias de acuerdo a su “valor terapéutico” y a su potencial para causar “problemas para la salud pública”. Así, la Ley General de Salud engloba a las sustancias psicotrópicas en cinco grupos:

¹³ Esto es causado por la liberación de dopamina en el cerebro.

- A. Las que tienen valor terapéutico escaso o nulo y que, por ser susceptibles de uso indebido o abuso, constituyen un problema especialmente grave para la salud pública;
- B. Las que tienen algún valor terapéutico, pero constituyen un problema grave para la salud pública;
- C. Las que tienen valor terapéutico, pero constituyen un problema para la salud pública;
- D. Las que tienen amplios usos terapéuticos y constituyen un problema menor para la salud pública;
- E. Las que carecen de valor terapéutico y se utilizan corrientemente en la industria.

Dicha clasificación de las sustancias también resulta cuestionable debido a que, por una parte, clasifica a la mayoría de las sustancias psicotrópicas como representativas de un problema de salud, en menor o mayor grado y, por otra, continua enfocando la atención en las sustancias y no en los consumidores.

Otros estudios sobre dependencia y adicción,¹⁴ que hacen un énfasis en distinguir tipos de dependencia, permiten ver la importancia de mirar a las personas y no a las sustancias. Dichos estudios distinguen la dependencia física -que implica una tolerancia, cada vez

mayor, a la sustancia, deseos incontrolables de consumir y síntomas negativos de abstinencia- de la psicológica -que, sin producir síntomas de abstinencia, produce deseos incontrolables de consumo (Nutt *et al.*, 2007: 1048)-. Así, se muestra que la dependencia es variable de una persona a otra y es determinada por múltiples factores como la genética, el contexto social, educación, edad, etcétera (por ejemplo Reinerman *et al.*, 1997). Aunque también se ha señalado la complejidad de distinguir la dependencia física de la psicológica, dado que ambas suelen estar estrechamente vinculadas, la distinción entre dependencia psicológica y física permite notar que hablar de sustancias problemáticas (o adictivas) sin mirar a los sujetos que las consumen, es sumamente cuestionable (Foddy y Savulescu, 2010).¹⁵ Lo relevante, en este caso para estudiar la dependencia, es necesario ver a los sujetos consumidores más que a las sustancias y hablar de usos problemáticos más que de sustancias problemáticas.

11.2. INTERVENCIÓN DEL ESTADO

Los estudios sobre adicción y dependencia permiten ver que, en el terreno de las adicciones, no hay consensos claros. Pero, aun obviando estas dificultades, existe, en esta materia como en otras, la necesidad de justificar la intervención del Estado frente al consumo. Si

¹⁴ Aunque algunos estudios señalan la importancia de distinguir la adicción de la dependencia, así como de dar cuenta de la existencia de distintos tipos de adicción, en este texto utilizo los términos como sinónimos. Para una distinción entre los términos ver Battin *et al.*, (2008).

¹⁵ Véase también Reinerman *et al.*, (1997).

el enfoque es sobre éste, ¿se puede justificar la intervención del Estado en casos de consumo?, ¿qué tipos de intervención puede tener el Estado, en qué circunstancias y ante qué fenómenos?, ¿qué tipos de consumo deben o pueden estar prohibidos y cuáles permitidos? Si, en cambio, el enfoque es sobre las sustancias, ¿qué propiedades debe tener una droga para justificar su prohibición?, ¿cómo se distinguen los argumentos que se dan para las drogas ilícitas de las que se dan para las drogas legales? En este texto partimos del supuesto de que las personas adultas tienen la libertad de tomar decisiones sobre sus cuerpos. Es decir, existe una “presunción de libertad” en el tema de consumo de drogas, como en cualquier otra materia. Esta presunción establece que todo límite a la libertad es ilegítimo en ausencia de una justificación (Husak, 1989: 363). En este sentido, debe demostrarse que hay un beneficio –claro y contundente– para justificar cualquier límite a la libertad y, especialmente, para la imposición de castigos. Además, dado que la libertad se presume, la carga de la justificación es para quienes pretenden limitarla o, en este caso, prohibir la libertad de consumir.

Sin adentrarnos demasiado en el tema, podemos afirmar que existen dos tipos de argumentos que intentan justificar la prohibición del consumo: unos de tipo moral y otros de tipo utilitario. Ambos implican la imposición de límites a la libertad individual y la intervención del Estado de una forma u otra. Mientras que los primeros afirman que el consumo de drogas debe prohibirse porque

es intrínsecamente “malo”, los segundos sostienen que consumir drogas genera un daño al usuario o a terceros.

Los argumentos de tipo moral afirman que todo consumo debe estar prohibido, independientemente de que dañe o no a otros. En este sentido, incluso el consumo no problemático, informado y en espacios privados, debe estar prohibido por razones morales. Consideramos que cualquier limitación a la libertad y a la autonomía de las personas debe estar justificada en algo más que la moral de algunos, aun siendo mayoría. En este sentido, es indispensable que la justificación demuestre algún tipo de daño que se busca prevenir (es decir, una justificación con argumentos de tipo utilitario). Además, como menciona Husak (1989: 360), quien defienda razones morales debe poder explicar por qué es aceptable el uso de algunas drogas para calmar y/o estimular (como el tabaco y el alcohol) o reducir dolor (ibuprofeno), pero no de otras.

Los argumentos de tipo utilitario, por su parte, distinguen el daño que el consumidor causa a terceros del que causa a sí mismo. Los argumentos sobre los daños a terceros normalmente no refieren al consumo en sí mismo, sino a los efectos del consumo en ciertas *circunstancias*, como cuando se da en espacios públicos –en una escuela, por ejemplo– o al realizar alguna otra actividad –como el manejar algún vehículo– cuya realización puede ser riesgosa, sobre todo si se da con el consumo de alguna sustancia. Conducir un vehículo, por ejemplo, siempre puede ser

considerada una actividad riesgosa. Por ello, el derecho le imputa responsabilidad objetiva a todo conductor accidentado, con independencia de si hubo culpa o no, pues al decidir manejar se aceptan los posibles daños que se pueden llegar a causar. Para los casos de intervención, en los que atiende a los potenciales daños a terceros causados por el consumo, el límite se justifica bajo las circunstancias específicas que se consideran riesgosas para otros, mas no en términos absolutos. En este sentido, podemos estar de acuerdo en que se prohíba el consumo en circunstancias que pongan en riesgo o dañen a terceros, como con cualquier actividad, pero dicha prohibición debe atender a las *circunstancias* en las que pone en riesgo y no a la sustancia en términos absolutos. Cabe notar, asimismo, que la necesidad de prevenir daños a terceros no implica que la forma idónea para evitar la conducta sea el derecho penal o el uso de penas de prisión. Tampoco justifica la prohibición absoluta de la sustancia.

Podemos calificar a los argumentos sobre la necesidad de prevenir el daño que el consumidor causa a sí mismo como paternalistas, ya que buscan proteger al consumidor independientemente de lo que éste quiera. Aunque no pretendemos en este espacio dar cuenta de todo lo que se ha dicho sobre este tema, consideramos fundamental que se tomen en cuenta tanto las formas de intervenir del Estado como los grados en que lo hace. Asimismo, atendiendo al principio de

última *ratio*, el derecho penal debe ser el último recurso usado por Estado, a falta de otros medios menos lesivos, o cuando éstos hayan fallado. Aunque el consumo de algunas drogas (legales e ilegales) puede potencialmente llevar a algunas personas a cometer crímenes o actos violentos contra sí mismos o contra otras personas, la intervención penal se justifica por “los crímenes o los actos violentos cometidos por las personas bajo los efectos de las drogas y no directamente por el consumo de estas sustancias” (Comisión Asesora para una política de drogas en Colombia, 2013: 19).

En conclusión, a) la prohibición absoluta no se justifica ni por los potenciales daños a terceros ni por los potenciales daños que el consumidor puede hacerse a sí mismo; b) las justificaciones morales resultan insuficientes para respaldar la prohibición; c) en los casos en que se busque prevenir daños a terceros, está justificada la prohibición, pero únicamente en función de las circunstancias. En estos casos, se justifica prohibir la conducta dañina pero no las sustancias o el consumo en sí mismo; y, d) se puede intervenir sólo en las formas menos lesivas posibles –el derecho penal debe ser el último recurso– y con la finalidad de mejor informar a quien consume acerca del daño que se puede causar a sí mismo.

Sin perder de vista las dificultades que existen para definir a los consumidores, en la siguiente sección se aporta información sobre el consumo de sustancias, legales e ilegales, en nuestro país.

III. CONSUMIDORES, CONSUMO Y LEGISLACIÓN

¿Qué respuestas tiene el derecho ante el consumo? ¿Qué derechos y qué cargas representa para esta población el actual régimen legal? En esta sección se abordan estas preguntas con el objeto de mostrar las implicaciones que tiene para estas personas el funcionamiento actual del Estado (incluidas sus normas e instituciones), ante el consumo y consumidores de sustancias ilícitas. Como se mencionó en la introducción, de acuerdo con la información que arroja la Encuesta Nacional de Adicciones (en adelante ENA), casi un millón doscientas mil personas consumieron alguna sustancia ilícita en los 12 meses anteriores a la realización de la encuesta.¹⁶ Aunque existen diversas áreas del derecho que regulan el uso y consumo de sustancias prohibidas, la legislación actual implica que cada uno de los consumidores contados en la ENA pudo haber quedado bajo el ámbito del derecho penal, así sea exclusivamente por poseer, con todos los riesgos y costos implícitos.

Como se muestra en esta sección, el derecho mexicano ha tenido una relación ambivalente con los consumidores de sustancias ilícitas, tratándolos algunas veces como delincuentes, otras como enfermos, incapaces de elegir libremente sobre su consumo. En el

primer caso, podemos constatar en la historia de nuestra legislación una progresión punitiva para sancionar, cada vez más severamente, a toda persona involucrada en cualquier conducta relacionada con sustancias ilícitas, incluido, en los hechos, al consumo. En el segundo caso, vemos expresado en las leyes nacionales un deseo de curar a todo consumidor de su supuesta adicción –incluso de forma forzosa– y negando la existencia de consumos recreativos, voluntarios y libres.

Para mostrar la evolución de la legislación en torno al consumo de sustancias de uso ilícito, en este apartado se enumeran los principales cambios que la legislación penal ha tenido en la materia. Asimismo, se hace una breve reseña de las incorporaciones y/o cambios más relevantes. Sin pretender hacer un análisis exhaustivo, el propósito es mostrar dos constantes en la historia de la legislación mexicana frente a los consumidores: primero, existe siempre un impulso por tratar a los consumidores como sujetos de riesgo que deben ser apartados del resto de la sociedad. El extremo de ello lo podemos ver en el código de 1968 que instruye a recluir a todo *toxicómano*, como medida de seguridad, de la misma forma que se hacía con los “locos, sordomudos y degenerados”.¹⁷

¹⁶ De acuerdo con el Inegi, la población de entre 12 y 65 años, en 2010, año en que se aplicó la ena 2011, fue de 77,988,555 (INEGI, 2010). Según los datos proporcionados por la ena 2011, la prevalencia anual de consumo es de 1.8% del total de encuestados (SSA-INP, 2012).

¹⁷ Ver artículo 195 del Código Penal de 1968..

Segundo, a pesar de considerar el consumo como una enfermedad, desde la aparición del actual Código Penal Federal en 1931, siempre ha permanecido esta conducta, de una forma u otra, en el ámbito de acción del sistema penal. Incluso hoy, el consumo de drogas de uso ilícito permanece en dicho ámbito y, a pesar de lo que se ha dicho en diversos ámbitos, no se ha descriminalizado. Es decir, aunque no es una conducta tipificada como delito, es en la práctica criminalizada.

Las reformas que aquí se enumeran culminaron con las leyes, hoy vigentes, aprobadas en 2009. Por la complejidad y relevancia de la misma, la segunda parte de esta sección se enfoca en describir el contenido de esta última reforma, conocida como **Ley de Narcomenudeo**. La última parte de esta sección hace un breve listado de los principales derechos de los consumidores para mostrar cómo en la práctica son vulnerados a través de la actual política en materia de control de sustancias ilícitas.

III.1. LEGISLACIÓN PASADA Y PRESENTE SOBRE EL CONSUMO EN MÉXICO

En **1931** –año en que se publicó el actual Código Penal Federal mexicano– no se hacía alusión o distinción alguna sobre el consumo. En el capítulo que tipificaba los *delitos contra la salud*, se castigaba por igual (con prisión de seis meses a siete años) posesión (donde estarían los consumidores), adquisición, comercio, elaboración, suministro o tráfico de enervantes, sin distinguir cantidades de la droga.¹⁸ En **1947** se reformó el código para aumentar las penas, quedando éstas entre uno y diez años de prisión. Sin embargo, los supuestos legales (tipos penales) no fueron modificados.

Para **1968** se incluyó en el Código la primera distinción relacionada con el consumo de drogas de uso ilícito, estableciendo que, en el caso de un “toxicómano”, no se consideraría delito la posesión en cantidad tal que “racionalmente” fuera necesaria para su propio consumo.¹⁹ Aquí, además de la indeterminación respecto a la cantidad de droga permitida para posesión –y de lo que debía entenderse por toxicómano–, el toxicómano quedaba sujeto a reclusión como “medida

¹⁸ Artículo 194, Código Penal para el Distrito y Territorios Federales en materia de Fuero Común, y para toda la República en materia de Fuero Federal, publicado en el dof, el 14 de agosto de 1931. artículo 194.- Se impondrán prisión de seis meses a siete años y multa de cincuenta a cinco mil pesos:

I.- Al que comercie, elabore, posea, compre, enajene, ministre gratuitamente y, en general, verifique cualquier acto de adquisición, suministro o tráfico de drogas enervantes sin llenar los requisitos que para el caso fijen las leyes y demás disposiciones sanitarias.

¹⁹ El término toxicómano es utilizado en el código. Artículo 195 último párrafo, Código Penal para el Distrito y Territorios Federales en materia de Fuero Común, y para toda la República en materia de Fuero Federal, última reforma publicada en el dof el 8 de marzo de 1968.

de seguridad”, misma medida a la que eran sometidos los “locos, sordomudos y degenerados”.²⁰ Si el sujeto no era toxicómano o, de serlo, poseía una cantidad de droga mayor a la que “racionalmente” pudiera suponerse que necesitara para su consumo personal, la posesión de cannabis se castigaba con prisión de dos a nueve años; y la posesión o adquisición de otra droga con prisión de tres a 12 años.²¹

En **1974** se penalizó expresamente la posesión para el consumo “inmediato” de drogas, exceptuando a los “adictos”.²² Con la reforma publicada el 31 de diciembre de 1974, el artículo 195 del Código Penal establecía que:

Se castigará con prisión de seis meses a tres años y multa hasta de cinco mil pesos al que no siendo adicto a la cannabis o marihuana o a cualquiera de las sustancias consideradas en las fracciones II y III del artículo 193 [estupefacientes o psicotrópicos], adquiera o posea alguna de éstas por una sola vez, en cantidad tal que esté destinada a su propio e inmediato consumo.

Fuera de esos supuestos, la posesión, compra o adquisición se castigaba con prisión

de entre cinco años tres meses a 12 años.²³ A la vez, no se consideraba delito la adquisición o posesión de drogas por parte de quien tuviera el “hábito o la necesidad” de consumirlos, siempre y cuando fuera en la cantidad estrictamente necesaria para su propio consumo; sin embargo, la persona quedaba sujeta a la reclusión como “medida de seguridad”.²⁴

Nuevamente en **1978** se modificaron las normas del Código Penal Federal relativas al consumo. En este caso, si la persona en posesión o que adquiriera drogas para su consumo personal tenía el hábito o la necesidad de consumirlos (a juicio de la autoridad ministerial o el juez), se aplicaban las siguientes reglas:

- A. Si la cantidad de droga no excedía de la necesaria para su propio e inmediato consumo, se sometía a tratamiento.
- B. Si la cantidad excedía de la necesaria para su propio e inmediato consumo, pero no de la requerida para satisfacer las necesidades del adicto o habitual durante un término máximo de tres días, se castigaba con prisión de dos meses a un año.

²⁰ El último párrafo del artículo 195 del Código Penal reformado en 1968, señalaba que el toxicómano quedaría sujeto a las medidas de seguridad que señala el artículo 24, inciso 3o. del mismo Código, que establecía: “Las penas y medidas de seguridad son: [...] 3.- Reclusión de locos, sordomudos, degenerados o toxicómanos [...]”.

²¹ Artículos 194 y 195 del Código Penal para el Distrito y Territorios Federales en materia de Fuero Común, y para toda la República en materia de Fuero Federal, última reforma publicada en el dof el 8 de marzo de 1968.

²² El término adicto nos parece inapropiado ya que implica un juicio de valor negativo sobre los consumidores de sustancias ilícitas. Sin embargo, lo utilizamos cuando la legislación analizada así lo hace expresamente.

²³ Artículo 198, Código Penal para el Distrito Federal en materia de Fuero Común, y para toda la República en materia de Fuero Federal, última reforma publicada en el dof el 31 de diciembre de 1974.

²⁴ Último párrafo del artículo 198 del Código Penal Federal, reformado en 1974.

A la vez, en esta nueva legislación, a quien no siendo adicto se le encontrara en posesión o adquiriera, por una sola vez, para uso personal y en cantidad que no excediera para su propio e inmediato consumo, se castigaba con prisión de seis meses a tres años. La simple posesión de cannabis o marihuana se castigaba con prisión de dos a ocho años.

Si la posesión o adquisición de drogas no quedaba comprendida en alguna de las conductas anteriores, la pena era de siete a 15 años de prisión.²⁵ Además, en esta reforma se estableció que todo procesado o sentenciado que fuere adicto o habitual, debía quedar sometido a tratamiento, sin que su adicción se considerara antecedente de mala conducta.²⁶

En 1994 fueron despenalizadas algunas conductas relacionadas al consumo de drogas de uso ilícito. En este caso, el Código contemplaba tres supuestos:

- A. No se procede en contra de quien, no siendo farmacodependiente, se le encuentre en posesión de narcóticos por una sola vez y en cantidad tal que pueda presumirse que está destinada a su consumo personal.
- B. A los farmacodependientes que se encontraran en posesión de narcóticos para su estricto uso personal no se le aplicaría pena alguna.
- C. Todo procesado o sentenciado que fuere farmacodependiente debía quedar sujeto a tratamiento.²⁷

III.2. LA LEY DE NARCOMENUDEO

En 2009 se aprobó la Ley de Narcomenudeo. Más que una ley, se trató de un paquete de reformas al Código Penal Federal,²⁸ a la Ley General de Salud (en adelante LGS)²⁹ y al Código Federal de Procedimientos Penales,³⁰ todas

²⁵ Artículo 197, Código Penal para el Distrito Federal en materia de Fuero Común, y para toda la República en materia de Fuero Federal, última reforma publicada en el dof el 8 de diciembre de 1978. Esta pena aumentó de siete a 25 años de prisión en 1989.

²⁶ Art. 194-IV Código Penal para el Distrito Federal en materia de Fuero Común, y para toda la República en materia de Fuero Federal, última reforma publicada en el dof el 8 de diciembre de 1978.

²⁷ Artículo 195 Código Penal para el Distrito Federal en materia de Fuero Común, y para toda la República en materia de Fuero Federal, última reforma publicada en el dof el 10 de enero de 1994.

²⁸ Del Código Penal Federal se reformó el artículo 195, 195 Bis y 199; y se adicionaron los párrafos tercero y cuarto a la fracción i del artículo 194.

²⁹ De la Ley General de Salud, se reformó la fracción xxiii del artículo 3; el párrafo primero del artículo 192; se adicionó un apartado C al artículo 13, un párrafo segundo al artículo 191, los párrafos segundo, tercero y cuarto con dos fracciones al artículo 192; el artículo 192 Bis; el artículo 192 Ter; el artículo 192 Quáter; el artículo 192 Quintus; el artículo 192 Sextus; el artículo 193 Bis; un párrafo segundo al artículo 204; un Capítulo vii denominado "Delitos Contra la Salud en su modalidad de Narcomenudeo" al Título Décimo Octavo.

³⁰ Del Código Federal de Procedimientos Penales, se reformaron las fracciones iv y v del artículo 137; el inciso 12 de la fracción i y la fracción xv del artículo 194; los artículos 523, 526 y 527; el nombre del capítulo iii denominado "De los que tienen el hábito o la necesidad de consumir estupefacientes o psicotrópicos" denominándose "De los farmacodependientes"; se adicionó una fracción vi al artículo 137, un artículo 180 Bis; y se derogaron los artículos 524 y 525.

ellas en materia de delitos contra la salud. Las modificaciones incluyeron la incorporación a la LGS (art. 479) de una tabla de orientación de dosis máximas y consumo personal (en adelante tabla de orientación, ver tabla 1), en la que se establecen los topes de consumo. Es decir, cantidades de posesión máxima que deben ser consideradas como dosis para consumo personal y debajo de las cuales no es punible el consumo con penas de prisión. Por encima de esas cantidades (y sin rebasarlas en mil veces), la posesión de sustancias ilícitas es

considerada como narcomenudeo y queda en el ámbito de competencia de las entidades federativas (o de los estados). Cuando la posesión de dichas sustancias es 1000 veces más de lo establecido en la tabla, se considera narcotráfico y queda en el ámbito de competencia de la Federación. Con esta disposición, la Ley de Narcomenudeo (en adelante LNM) eliminó la discrecionalidad de policías, agentes del ministerio público y jueces en la determinación sobre qué es consumo, narcomenudeo y narcotráfico (Pérez Correa *et al.*, 2013).

Tabla 1. Orientación de dosis máximas de consumo personal e inmediato

Narcótico	Dosis máxima de consumo personal e inmediato	
Opio	2 g	
Diacetilmorfina o heroína	50 mg	
Cannabis sativa, indica o marihuana	5 g	
Cocaína	500 mg	
Lisergida (LSD)	0.015 mg	
MDA,	Polvo, granulado o cristal	Tabletas o cápsulas
Metilendioxfanfetamina	40 mg	Una unidad con peso no mayor a 200 mg
MDMA, dl-34-metilendioxi-n-dimetilfenetilamina	40 mg	Una unidad con peso no mayor a 200 mg
Metanfetamina	40 mg	Una unidad con peso no mayor a 200 mg

Fuente: Ley General de Salud, art. 479.

Específicamente sobre el consumo, la Ley General de Salud dispuso una prohibición administrativa a la siembra, cultivo, cosecha, elaboración, preparación, acondicionamiento, adquisición, posesión, comercio, transporte en cualquier forma, prescripción

médica, suministro, **empleo, uso, consumo**, del opio preparado, para fumar, diacetilmorfina o heroína, sus sales o preparados, cannabis sativa, índica y americana o marihuana, *papaversomniferum* o adormidera, *papaverbactreatum* y *erythroxilon novogratense* o coca, en

cualquiera de sus formas, derivados o preparaciones.³¹ Asimismo, dispuso que la violación de dicha disposición sea sancionada con “multa equivalente de doce mil hasta dieciséis mil veces el salario mínimo general diario vigente en la zona económica de que se trate”,³² una suma nada despreciable tomando en cuenta el nivel de ingreso del mexicano o mexicana promedio. A la vez, mientras que la posesión de drogas ilícitas permaneció penalizada, se mantuvo sin sanción de cárcel en el caso de la posesión para fines de consumo, siempre y cuando estuviera dentro de los montos establecidos en la tabla de orientación.

La LNM ha sido objeto de críticas que a continuación enumeramos, pero su problema más grave es que criminaliza a los consumidores de dos formas: de jure y de facto. Primero, los supuestos legales en que existe consumo, implican la detención de consumidores y la intervención de las instituciones penales, aunque no el uso de penas de prisión en contra de consumidores. Segundo, la tabla de orientación contiene dosis máximas tan bajas que su aplicación implica, de facto, que consumidores sean acusados de posesión y castigados con las sanciones correspondientes.

De acuerdo con la actual legislación,³³ el ministerio público no ejercerá acción penal (es decir, no hará una acusación penal frente a un juez, por el delito de pose-

sión sin fines de comercio o suministro “en contra de quien sea farmacodependiente o consumidor y que posea alguno de los narcóticos señalados en la tabla de orientación, en igual o inferior cantidad a la prevista en la misma, para su estricto consumo personal y fuera de determinados lugares señalados la Ley”,³⁴ lo que no significa que no inicie una investigación penal. Ésta se inicia pero se concluye con un No Ejercicio de la Acción Penal. Es por ello que afirmamos que la Ley de Narcomenudeo no sustrae a los consumidores del ámbito penal (éstos pueden ser incluso detenidos preventivamente durante la investigación y hasta que se determine el No Ejercicio de la Acción Penal).

De acuerdo con la LNM, en los casos de consumo el ministerio público deberá hacer “un reporte de no ejercicio de la acción penal a la autoridad sanitaria”. Para hacer dicho reporte, sin embargo, el ministerio público debe primero iniciar un procedimiento penal (es decir, abrir una averiguación previa) en contra de la persona, aun cuando éste concluya con una determinación de No Ejercicio de la Acción Penal. Es decir, para cumplir con las nuevas obligaciones en materia de control de sustancias ilícitas, los agentes del ministerio público (locales o federales) deben poner en marcha el aparato penal. Ello implica que la policía detenga al consumidor, presentarlo

³¹ Véase Ley General de Salud, artículo 235 y 237.

³² Véase Ley General de Salud, artículo 421 Bis.

³³ Ley General de Salud, artículo 478.

³⁴ Éstos son “centros educativos, asistenciales, policiales o de reclusión, o dentro del espacio comprendido en un radio que diste a menos de trescientos metros de los límites de la colindancia del mismo con quienes a ellos acudan”. Véase Ley General de Salud, artículo 475-II.

ante el ministerio público para que se le rinda declaración con la asistencia de un abogado público o privado (salvo que el detenido se reserve el derecho a rendir declaración). En principio, las procuradurías deberían guardar un registro del evento, como lo harían con cualquier otro caso penal.

En los casos de “consumo o farmacodependencia”, el ministerio público deberá informar al consumidor la ubicación de las “instituciones o centros para el tratamiento médico o de orientación para la prevención de la farmacodependencia”. Además, deberá reportar el No ejercicio de la Acción Penal a la autoridad sanitaria de la entidad federativa donde se adopte la resolución “con el propósito de que ésta promueva la correspondiente orientación médica o de prevención”. Cuando el centro o institución reciba el reporte del No Ejercicio de la Acción Penal, “deberán citar al farmacodependiente o consumidor, a efecto de proporcionarle orientación y conminarlo a tomar parte en los programas contra la farmacodependencia”.³⁵ La ley también establece que en los casos de farmacodependencia, “al tercer reporte que realice el ministerio público del No Ejercicio de la Acción Penal, el tratamiento será obligatorio”.³⁶

De esta forma, si la policía tiene conocimiento de algún consumidor que posea

alguna sustancia ilícita en cantidades iguales o menores a las señaladas en la tabla de orientación, debe detenerlo, llevarlo ante el ministerio público para que determine el No Ejercicio de la Acción Penal y dé aviso a las autoridades sanitarias competentes. En el sistema penal queda registro de la detención independientemente de que no se sancione a la persona. En otras palabras, los consumidores siguen inmersos en el sistema penal, con todos los riesgos y costos que ello conlleva – desde estar sujetos a detenciones por instituciones que frecuentemente han sido ligadas a violaciones de debido proceso³⁷ hasta los costos que implica para las instituciones procesar cada caso.³⁸

Sobre la segunda forma de criminalizar a los consumidores, es decir, la que sucede de facto, la LNM estableció en la tabla de orientación de dosis máximas de consumo que no reflejan el consumo real de drogas ilícitas. Así, por ejemplo, la dosis máxima de consumo de cocaína es 0.5 gramos, mientras diversos activistas han señalado que en el mercado la cocaína se vende por gramo. Por tanto, un consumidor que compra la dosis mínima de cocaína disponible en el mercado estará bajo el supuesto de narcomenudista, con las correspondientes penas que esto conlleva. En el caso de la marihuana, asimismo, se estableció

³⁵ Véase Ley General de Salud, artículo 193 bis.

³⁶ Ley General de Salud, artículo 478.

³⁷ Véase por ejemplo, Silva *et al.*, (2012) y Human Rights Watch (2011).

³⁸ De acuerdo con Guillermo Zepeda (2010: 55), en la investigación de delitos a nivel estatal se gasta, por cada caso, un promedio de 4,181 pesos mexicanos (\$380 USD) y, en general, las investigaciones y los procesos penales a nivel federal cuestan más que uno local, por lo que para los casos llevados por instancias federales, las estimaciones resultarían aún más altas.

una dosis máxima de 5 gramos, equivalente a dos o tres cigarrillos de marihuana. Sin embargo, se ha señalado que los consumidores de marihuana suelen comprar bultos de marihuana de entre 40 y 50 gramos y no cigarrillos sueltos.³⁹ Por lo tanto, al igual que los consumidores de cocaína, un consumidor promedio se convierte en narcomenudista al momento de aprovisionarse de la sustancia. Este punto resulta clave para entender los datos sobre procesamiento de casos por narcomenudeo, que se presentan en la tercer sección de este texto, ya que no sabemos de forma cierta cuántos de los casos de narcomenudeo se tratan en realidad de personas que tienen fines de comercio y cuántos se tratan de simples consumidores.

El problema no se resuelve con la venta de dosis menores de sustancias ilícitas sino con el reconocimiento, como ha hecho la Corte Suprema Colombiana, de que existen dosis de aprovisionamiento.⁴⁰ Es decir, algunos consumidores adquieren lo necesario para consumir no por una sola ocasión, sino previendo la posibilidad de varias, sin tener la intención de vender. Por ello, consideramos que los montos deberían establecerse en la legislación como un piso, por debajo del cual nunca puede considerarse que alguien es un vendedor y no como un techo, por encima del cual se tiene como cierta la premisa que alguien es vendedor o comerciante, como es el caso de la legislación actual

mexicana. En otras palabras, debajo de cierto monto razonable, según los usos de los consumidores, la ley debe establecer la presunción de que una persona es un consumidor arriba de esos montos, y tendría que establecerse cuál sería la actuación conforme a las circunstancias del caso.

El tema de los consumidores es agravado por la inclusión del artículo 477 a la Ley General de Salud que sanciona la **posesión simple** con penas de entre “diez meses a tres años de prisión y hasta ochenta días de multa”. Según dicho artículo, este supuesto se colma cuando alguien posee alguno de los “narcóticos señalados en la tabla en cantidad menor a la que resulte de multiplicar por mil las previstas en dicha tabla” y “cuando por las circunstancias del hecho tal posesión no pueda considerarse destinada a comercializarlos o suministrarlos, aun gratuitamente”. La pregunta necesaria en este caso es ¿qué otra finalidad existe para poseer alguna de las sustancias mencionadas si no es con fines de comercio o suministro? Una opción es para cultivo. Otra, y que consideramos más factible, es que sea para consumo ya sea inmediato o como dosis de aprovisionamiento.

Al tiempo que estableció que el narcomenudeo sería de competencia local y el narcotráfico del ámbito federal, la Ley de Narcomenudeo dispuso tres excepciones en que los delitos de narcomenudeo pasan a ser

³⁹ Ver por ejemplo la sentencia C-574, 2011 de la Corte Constitucional de Colombia. La nueva Ley que habilita y regula el mercado de la marihuana en Uruguay, asimismo, permite la tenencia de hasta 40 gramos de marihuana para consumo personal.

⁴⁰ Corte Suprema de Justicia de Colombia, Casación Fallo del Sistema Acusatorio No. 31.531.

de competencia Federal –y por lo tanto perseguidos por la Procuraduría General de la República (PGR)–. Éstos son: a) cuando la Federación empiece la investigación y no la remita a las procuradurías estatales, b) cuando se cometa el delito en modalidad de delincuencia organizada, y c) cuando la PGR así lo decida.⁴¹ Su amplitud y la discrecionalidad con la que pueden considerarse actualizados estos supuestos posiblemente expliquen el importante número de casos de narcomenudeo que reporta la PGR y que se muestran en la sección VI de este trabajo.

En el tema de salud, la Ley de Narcomenudeo introdujo un capítulo para la prevención y tratamiento de la farmacodependencia⁴² y definió nuevas competencias para las instituciones de salud de los estados. La Ley, además, dispuso que los estados debían adecuar, en un plazo de un año a partir de la entrada en vigor, las leyes estatales y reglamentos necesarios para poner en operación la reforma y, en un plazo de tres años, emitir las directrices necesarias para que las instituciones involu-

cradas (como las procuradurías locales y los centros de salud que ofrecen tratamientos) pudieran operarla. El 21 de agosto de 2012, se cumplió el plazo para que los estados empezaran a conocer los delitos en materia de narcomenudeo. No obstante, para esa fecha no todas las entidades habían realizado las adecuaciones a sus marcos legales locales. En un estudio de seguimiento de la reforma en materia de narcomenudeo (Pérez Correa *et al.*, 2013), encontramos que al concluir el gobierno de Felipe Calderón (al 3 de enero de 2013), casi una tercera parte de Estados seguían sin aprobar reformas en materia penal y que cerca de 60% de los Estados aún no lo habían hecho en materia de salud. Aunque las cifras muestran un aumento progresivo en el número de casos que las procuradurías están atendiendo (ver gráfica 2), el retraso representa un grave problema en términos de seguridad jurídica, ya que la pluralidad de normas existentes no permiten determinar quién es responsable de perseguir los delitos contra la salud a nivel local –incluido el consumo– y cómo deben hacerlo.

⁴¹ Ver Art. 474 lgs-. Las autoridades federales conocerán de los delitos en cualquiera de los casos siguientes:

I. En los casos de delincuencia organizada.

II. La cantidad del narcótico sea igual o mayor a la referida en el primer párrafo de este artículo.

III. El narcótico no esté contemplado en la tabla.

IV. Independientemente de la cantidad del narcótico el Ministerio Público de la Federación:

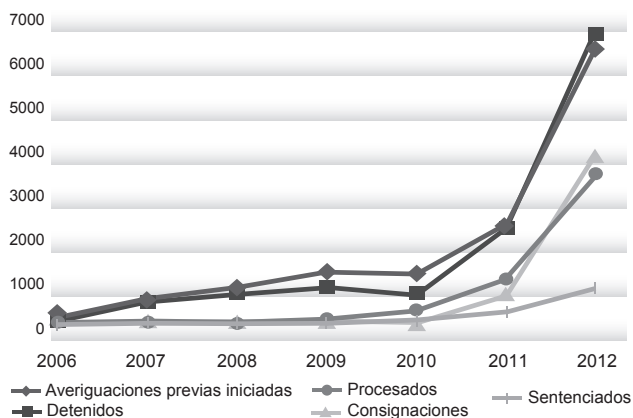
a) Prevenga en el conocimiento del asunto o,

b) Solicite al Ministerio Público del fuero común la remisión de la investigación.

⁴² Sobre el programa nacional para establecer los procedimientos y criterios para la prevención, tratamiento y control de las adicciones para todos los prestadores de servicios de salud del Sistema Nacional de Salud ver el artículo 192 de la Ley General de Salud.

GRÁFICO 2. AVERIGUACIONES PREVIAS, DETENCIONES, CONSIGNACIONES, PROCESADOS Y SENTENCIAS EN EL FUERO LOCAL, EN MATERIA DE NARCOMENUDEO (2006-2012)

Averiguaciones previas, detenciones, consignaciones, procesados y sentencias en el fuero local, en materia de narcomenudeo (2006-2012)



Fuente: Pérez Correa, C. y Meneses, R. (2014), La guerra contra las drogas y el procesamiento penal de los delitos de drogas 2006-2012, Cuadernos de Trabajo, Programa de Política de Drogas, México: CIDE.

III.3. GOCE Y VULNERACIÓN DE LOS DERECHOS DE LOS CONSUMIDORES

El artículo 1º de la *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos* dice:

En los Estados Unidos Mexicanos **todas las personas gozarán de los derechos humanos** reconocidos en esta Constitución y en los tratados internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte, así como de las garantías para su protección, cuyo ejercicio no podrá restringirse ni suspenderse, salvo en los casos y bajo las condiciones que esta Constitución establece. [...] **Todas las autoridades, en el ámbito de sus compe-**

tencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. En consecuencia, el Estado deberá prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos, en los términos que establezca la ley.

Los derechos fundamentales son expectativas legítimas que poseen las personas frente a cualquier autoridad para que la misma se abstenga de realizar alguna conducta que le pudiera afectar o para que realice una conducta en su beneficio (Madrado, 2010: 135). En ese sentido, el Estado tiene distintos niveles

de obligación frente a los sujetos de derecho. Éstos son: *a)* respetar, es decir, no afectar a las personas; *b)* proteger, esto es, cuidar de que terceros no afecten; *c)* garantizar, que significa asegurar que el titular del derecho tenga acceso a un bien determinado; y *d)* promover, esto es, “establecer condiciones para que los titulares del derecho accedan a un bien” (Madrazo, 2010: 137). Normalmente todos los derechos, para ser efectivos, implican alguno o distintos niveles de estas obligaciones por parte del Estado. De acuerdo con Madrazo, en el caso de los consumidores, el Estado tiene la obligación de respetar el derecho a la salud, absteniéndose de llevar a cabo acciones que la dañen, así como protegerla (tomando medidas, por ejemplo, para que no adquieran sustancias adulteradas) y promoverla mediante programas de prevención de riesgos o concientización sobre los efectos de ciertas sustancias ilícitas.

La pregunta sobre qué tanto cumple el estado mexicano con esta obligación continúa abierta. Sin embargo, es posible decir que las actuales normas de control de sustancias ilícitas implican el menoscabo de varios derechos y obligaciones por parte del estado. Para los consumidores de sustancias ilícitas, , por tratarse de una actividad que se realiza en la clandestinidad y que es –de facto y de jure– criminalizada, la exigencia del cumplimiento de las obligaciones mencionadas presenta varias dificultades. El hecho de que la producción, distribución, compra y venta de

ciertas drogas permanezcan prohibida y sujeta a sanción penal, significa que hacer valer sus derechos resulte para los consumidores, prácticamente imposible. De entrada, la posibilidad de exigencia implicaría confesar haber realizado alguna actividad ilícita o denunciar que alguien más la realizó, ya que todas las conductas en torno al consumo están penalmente sancionadas. Por tanto, a pesar de contar legalmente con los mismos derechos que otros consumidores, en los hechos éstos permanecen en el papel. El resultado es que los usuarios de sustancias ilícitas permanecen marginados frente al sistema jurídico y al resto de la sociedad, siendo vulnerados sus derechos fundamentales.

En este apartado mencionamos, aunque de forma muy escueta, los principales derechos de los consumidores de sustancias ilícitas, simplemente con la intención de esbozar los derechos que son más frecuentemente violentados. No se trata, pues, de un catálogo cerrado y exhaustivo de los derechos que tienen los consumidores de sustancias ilícitas, ni de las formas en que éstos son de facto vulnerados. El objetivo, más bien, es enfatizar los derechos que suelen ser violentados para este grupo de la población y apuntar futuras líneas de investigación y desarrollo que permitan no sólo enumerar estos derechos –como aquí se hace– sino señalar instancias en las que se dificulta el goce efectivo de los mismos para los consumidores.

DERECHO A LA AUTONOMÍA Y AL LIBRE DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD

El sistema constitucional mexicano reconoce en el artículo sexto constitucional el derecho a la libre manifestación de las ideas, mismo que no puede ser objeto de ninguna inquisición judicial o administrativa. Asimismo, el artículo séptimo establece que “es inviolable la libertad de difundir opiniones, información e ideas, a través de cualquier medio”.

El artículo 18 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, emitida por las Naciones Unidas en 1948, establece que toda persona tiene derecho a la libertad de pensamiento. A la vez, al artículo 19 establece que “todo individuo tiene derecho a la libertad de opinión y de expresión; este derecho incluye el de no ser molestado a causa de sus opiniones, el de investigar y recibir informaciones y opiniones, y el de difundirlas, sin limitación de fronteras, por cualquier medio de expresión”.

El derecho a la autonomía protege la libertad de tomar elecciones como qué poner en nuestro cuerpo, qué contactos permitir con nuestro cuerpo, dónde y cómo movemos nuestro cuerpo en los espacios públicos, cómo usar nuestra propiedad física, qué información personal compartir y cuál no, entre otros (Husak, 1989: 367). La gran mayoría de los consumidores, consumen porque así lo de-

ciden, y porque consumir les da placer, como también produce placer consumir azúcar, no porque tienen un problema de comportamiento compulsivo (Foddy *et al.*, 2010: 14-159).⁴³ Sin embargo, poco valor se da al placer que buscan y reciben los consumidores de las drogas.

Un Estado democrático y liberal no debe actuar de forma arbitraria o por fundamentos morales sino que debe justificar toda limitación a la libertad, especialmente en los casos en que se usa el derecho penal, en la protección de terceros o del propio individuo. Asimismo, tendría que reservar el uso del derecho penal para casos extremos, prefiriendo siempre formas de control menos lesivas. La intervención del Estado en materia de drogas y protección a la salud, en este sentido, debería limitarse a brindar información a los consumidores sobre los potenciales daños del consumo y sobre los tratamientos disponibles en caso de requerirlos; a usar mecanismos como los instrumentos tributarios o campañas publicitarias para desincentivar el consumo de sustancias nocivas para la salud y a regular estrictamente a las productoras y distribuidores de sustancias potencialmente dañinas.

En atención al derecho a la autonomía y tal como señala Husak (1989), si un consumidor sabe que alguna sustancia es potencialmente dañina y aún así decide usarla, el Estado no debe intervenir. Y, sólo cuando el consumidor así lo solicite o cuando la con-

⁴³En su texto sobre adicción, Foddy *et al.* explican cómo cualquier comportamiento que causa placer, ya sea comer ciertas comidas como el azúcar o realizar ciertas actividades como apostar, tiene como efecto el que el sujeto desee repetir la acción, sin que ello implique una adicción. Véase Foddy *et al.* (2010).

ducta sea involuntaria, puede el Estado intervenir haciendo uso **sólo** de las instituciones de salud mas **no** de las penales. Incluso, el informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes de las Naciones Unidas (Méndez, 2013), equipara el internamiento obligatorio y los tratamientos compulsivos con la tortura, proscribiendo esta práctica en todo contexto.

DERECHO A LA NO DISCRIMINACIÓN

El artículo primero de nuestra Constitución establece que:

Queda prohibida toda discriminación motivada por origen étnico o nacional, el género, la edad, las discapacidades, la condición social, las condiciones de salud, la religión, las opiniones, las preferencias sexuales, el estado civil o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas.

Como se mencionó antes, los consumidores de sustancias ilícitas han sido frecuentemente

estigmatizados, por el consumo, pero también por ser asociados a una actividad ilegal. Ello ha tenido como resultado una desigualdad en el trato y cierta discriminación hacia ellos.⁴⁴ Y, tanto la discriminación (o estigmatización) como el trato desigual, como menciona Ricardo Raphael (2012: 24) “incide directamente sobre la dificultad que las personas enfrentan para obtener bienes o servicios, tales como la salud, la educación, la seguridad, el acceso a espacio público, votar o ser votado, la información, la expresión, la nutrición, el financiamiento y tantos otros bienes [...] (Raphael, 2012: 24)”⁴⁵ Además, la falta de igualdad frente al resto de la sociedad tiene como resultado la vulneración del acceso a la justicia, derecho lesionado con mayor frecuencia y de forma más evidente (Arana y Germán, 2004). Es decir, la existencia de discriminación hacia los consumidores de drogas ilícitas vulnera todos los demás derechos protegidos tanto por las leyes nacionales como las internacionales.

El principio de igualdad, por su parte, contempla la prohibición de prácticas discriminatorias así como la obligación del Estado de organizarse de tal forma que permita iguales posibilidades de acceso a las instituciones sociales (ya sea de salud u otras). Una

⁴⁴ De acuerdo con la encuesta sobre usuarios de drogas del Colectivo por una Política Integral hacia las Drogas (2012: 14), por ejemplo, 73% de los usuarios encuestados señalaron haber sido discriminados por consumir drogas. De ellos, 36.6% señaló ser discriminado por la sociedad en general, 21.1% por autoridades, 10.9% por familiares, 11.2% por varios y 10.9% por su familia. Los resultados de la encuesta se basan en la participación de 429 personas usuarios contactados en espacios públicos donde suelen consumirse drogas y con otros usuarios contactados a partir de éstos. Se trató, según los autores, de un muestreo conocido como “bola de nieve”, por lo que los resultados no son representativos de la población de usuarios nacional ni generalizables. Sin embargo, permiten un acercamiento al tema de la percepción de los usuarios sobre sí mismos y sobre su relación con el derecho y la autoridad. Véase Colectivo por una Política Integral hacia las Drogas: 2012.

⁴⁵ Véase también Arana y Germán (2004).

norma puede discriminar desde su formulación, al decidir qué conductas criminalizar, pues esto determinará, en algunos casos, a qué personas criminalizar.

La existencia de discriminación hacia los usuarios de drogas ilícitas, resulta violatorio del derecho a la igualdad al que obliga la constitución mexicana. Además, contraviene una serie de obligaciones internacionales contenidas en diversos tratados y convenciones internacionales. Aun cuando México ha firmado tratados sobre control de drogas, “el derecho internacional de las drogas debe ser entendido e interpretado en una forma que sea compatible con las obligaciones internacionales en derechos humanos” (Comisión Asesora para una política de drogas en Colombia, 2013). En otras palabras, las obligaciones en materia de control de drogas nunca puede justificar la violación de derechos fundamentales.

La actual política de control de sustancias ilícitas sin embargo, al criminalizar a los usuarios lo asocia a un riesgo social, como si se tratan de personas contaminadas. Esto tiene como resultado la estigmatización de los consumidores y contribuye a que estos sean tratados de forma desigual.

DERECHO A LA SALUD

Toda persona tiene derecho a la salud.⁴⁶ Este derecho incluye el disfrute de un bienestar

físico, mental y social.⁴⁷ Para que pueda actualizarse el derecho a la salud es imprescindible que se cumplan con las siguientes condiciones (Raphael, 2012: 22- 23):

- A. Que exista **disponibilidad** de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud.
- B. Que dichos establecimientos, bienes y servicios sean **accesibles** (económicamente y físicamente) a toda la población.
- C. Que dichos establecimientos, bienes y servicios sean **aceptables** en términos de respetar la ética médica y las diferencias culturales y físicas de las personas.
- D. Que cumplan con criterios objetivos y científicos de **calidad**.⁴⁸

En el caso de los consumidores de drogas de uso ilícito, el derecho a la salud implica, además, el derecho a la **prevención**, al **tratamiento** y a la **información**. La Ley General de Salud, en su artículo 192 señala que: “La Secretaría de Salud elaborará un programa nacional para la prevención y tratamiento de la farmacodependencia, y lo ejecutará en coordinación con dependencias y entidades del sector salud y con los gobiernos de las entidades federativas [...]”.

Los gobiernos de las entidades federativas serán responsables de: “Proporcionar información y brindar la atención médica y los tratamientos que se requieran a las

⁴⁶ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, art. 4.

⁴⁷ Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC).

⁴⁸ Véase Raphael (2012: 22-23).

personas que consuman estupefacientes y psicotrópicos”.⁴⁹

Como se mencionó antes, aunque la Ley de Narcomenudeo estableció como obligación de los estados la prevención y tratamiento en caso de dependencia de sustancias ilícitas; para principio de 2013, 60% de los estados no habían llevado a cabo reformas de sus marcos legales para cumplir con la reforma, abiertamente vulnerando el derecho de los consumidores de drogas ilícitas. Esta falta de adecuación de los marcos legales implica incertidumbre jurídica para los consumidores y usuarios de dichos establecimientos.

Para la realización de este estudio se solicitó información a las instituciones de salud para conocer la tarea de las mismas en materia de tratamientos y prevención del consumo en el marco de la reforma de Narcomenudeo. Como se muestra en la sección VI.1, la mayoría de las instituciones de salud prestan un mínimo de tratamientos y/o las cifras que presentaron no corresponden a las remisiones que reportan las procuradurías de justicia locales. Así, por ejemplo, las procuradurías locales informan haber emitido 1,639 No Ejercicios de la Acción Penal, mientras que las autoridades de salud dicen haber recibido 8,325. Asimismo, las procuradurías informaron de los establecimientos de salud a 3,931 personas, mientras que las autoridades de salud dijeron haber citado a 17,669. Además de la vulneración al derecho a recibir un tratamiento de salud, para el caso de los usuarios problemáticos, ello puede ser un

indicador de la falta de certidumbre jurídica bajo la cual operan actualmente.

En el actual régimen prohibicionista, la afectación a la salud de los consumidores de drogas es doble. Por una parte, el hecho de que la producción, transporte, venta y suministro de drogas esté penalizado, implica riesgos tanto para los consumidores –por la falta de control de calidad de los productos que están consumiendo– como para la población en general que está en contacto con los consumidores. Esto resulta paradójico, dado que la penalización está fundada en la supuesta protección de la salud. Al respecto, la Comisión Global de Política de Drogas señala:

Un número de medidas de salud pública bien establecidas y probadas (a las que generalmente se hace referencia como reducción de daños, un enfoque que incluye intercambio de jeringas y tratamiento usando los comprobados medicamentos metadona o buprenorfina) pueden minimizar los riesgos de muertes por sobredosis de drogas y la transmisión de VIH y otras infecciones sanguíneas. Sin embargo, los gobiernos a menudo no implementan del todo estas intervenciones, preocupados porque al mejorar la salud de los usuarios de drogas, estarían socavando un mensaje ‘estricto sobre drogas’. Esto es ilógico –sacrificar la salud y el bienestar de un grupo de ciudadanos cuando se dispone de medidas eficaces de protección de la salud es inaceptable, y aumenta los riesgos enfren-

⁴⁹ Ley General de Salud, artículo 192.

tados por la comunidad más amplia (Comisión Global de Política de Drogas, 2011: 5).

Por otra parte, la criminalización de consumidores de drogas ilícitas implica, bajo el actual régimen legal, una vulneración directa de su derecho a la salud, debido a la exposición que tienen con los sistemas penitenciario en donde existe la prevalencia de enfermedades contagiosas graves –como el VIH/SIDA, hepatitis, tuberculosis, sarna, etcétera– mayor que la población en general y donde además, frecuentemente, son expuestos al consumo de más sustancias ilícitas (Pérez Correa, 2011).

DERECHO A LA INFORMACIÓN

Una parte del derecho a recibir información está implícito en el derecho a la salud, como una obligación del estado de *promover*. Pero, debido a la importancia que tiene, lo mencionamos aquí como un derecho independiente. En el caso de la prevención, específicamente, la obligación del Estado es brindar información a los consumidores sobre los potenciales daños del consumo. En el caso de consumos problemáticos, la obligación del Estado implica brindar información sobre los tratamientos disponibles en caso de requerirlos y los lugares donde estos tratamientos existen. En otras palabras, el derecho a la información comprende “el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud” (Raphael, 2012: 23). Si esta

obligación no es cumplida, como lo ha sido en el caso mexicano, podemos afirmar que existe una violación al principio de *última ratio*, que establece que el derecho penal debe ser el último recurso usado por el Estado, pues éste se utiliza sin hacer valer otros recursos, particularmente, el de informar.

El derecho a la información también comprende información básica sobre la normatividad vigente y las drogas. En este sentido, la autoridad tiene la obligación de informar sobre los derechos de las personas así como sobre las sanciones existentes para las distintas conductas consideradas como delitos contra la salud. Esto, sin embargo, no parece ser el caso. En una encuesta realizada por el Colectivo por una Política Integral Hacia las Drogas (CUPHID), por ejemplo, 54.3% de los encuestados dijo conocer las sanciones por portar drogas y sólo 35.7% señala conocer sus derechos como personas que usan drogas (Colectivo por una Política Integral Hacia las Drogas, 2012).⁵⁰

DERECHO AL DEBIDO PROCESO

La Constitución mexicana otorga ciertos derechos que buscan evitar la arbitrariedad y garantizar la protección de toda persona sometida a un proceso penal. De esta forma, está establecido que toda detención debe estar fundamentada por una orden judicial o excepcionalmente en los casos de flagrancia o urgencia. Además, se garantiza el derecho

⁵⁰ Como se mencionó antes, aunque los resultados de la encuesta de CUPHID no son generalizables, permiten un primer acercamiento al tema de la percepción de los usuarios y su relación con el derecho.

a no declarar en contra propia, a rendir declaración bajo el asesoramiento de un abogado, a tener un abogado presente a lo largo del proceso penal, a no sufrir actos intimidatorios, de incomunicación o de tortura, a presentar pruebas, entre otros. Aunque el derecho a un debido proceso es un derecho general y no es un derecho específico de los consumidores de drogas ilícitas, el hecho de que los consumidores sean de facto criminalizados, hace que el derecho al debido proceso sea frecuentemente violentado para este grupo social. Como otros grupos marginados, el grupo de consumidores de sustancias ilícitas es más vulnerable frente a la autoridad. Esto sucede, por un lado, por el desconocimiento que tienen de sus derechos y, por otro, por la falta de claridad de la legislación vigente; sin embargo, el importante número de consumidores deteni-

dos y procesados a nivel nacional –que se presenta en la última sección de este texto–, así como en las narrativas de usuarios sobre detenciones arbitrarias y extorsiones por parte de la policía⁵¹, hace de particular necesidad la vigilancia de este derecho.

La vulneración de los derechos de los consumidores de sustancias ilícitas permite ver uno de los problemas que conlleva la actual política de control de sustancias ilícitas. En este apartado mencionamos, algunos de los derechos de los consumidores de sustancias ilícitas y algunas de las razones por las que estos son frecuentemente vulnerados en la práctica. Estos derechos servirán de guía, más adelante, para analizar las formas en que la política de drogas –y el estado que la impulsa– falla en proteger a los consumidores.

IV. LA DIMENSIÓN DEL CONSUMO EN MÉXICO

En esta sección realizamos un análisis de las principales fuentes de información sobre consumo en México, así como de los principales resultados de estos instrumentos. Como se puede ver, los consumidores del país representan una población relativamente heterogénea, siendo los hombres y los jóvenes quienes más reportan consumo de drogas ilícitas. Asimismo, los datos indican que la droga que más se consume en el país,

y que parece tener mayores usos problemáticos, es el alcohol. Esta sustancia es seguida en preferencia por el tabaco y la marihuana, en ese orden. La principal conclusión, sin embargo, es sobre la falta de información comprensiva que permita el estudio serio y sistemático de los usos de sustancias (lícitas e ilícitas) y sobre los consumidores.

La información sobre consumo y consumidores de drogas (lícitas e ilícitas) en

⁵¹ De acuerdo con la encuesta de CUPHID (2012), 66.7% de los usuarios señaló haber sido extorsionado por la policía u otra autoridad.

México, es relativamente amplia y proviene de diversas fuentes, lo que implica que no es uniforme. El principal instrumento para medir el consumo en México, y el más comprensivo, es la **Encuesta Nacional de Adicciones (ENA)** que se ha realizado en seis ocasiones por instituciones de salud del Gobierno Federal y pretende ser representativa de todo el país. Otras fuentes incluyen:

- A. El **Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (sisVEA)** que recaba información sobre consumo de personas que ingresan a los Centros de Tratamiento y Rehabilitación No Gubernamentales, los Consejos Tutelares para Menores, los Servicios de Urgencias Hospitalarias, y los Servicios Médicos Forenses.
- B. El **Sistema de Reporte de Información en Drogas** (Informe Individual sobre el consumo de Drogas), que analiza datos provenientes de 45 instituciones de atención a la salud y procuración de justicia en la Ciudad de México.
- C. La **Encuesta de Consumo de Drogas en Estudiantes de la Ciudad de México**, que entrevista a estudiantes de enseñan-

za media y media superior inscritos en el ciclo escolar 2011-2012, en escuelas públicas y privadas de la Ciudad de México.

A continuación se presenta un breve análisis de cada uno de los instrumentos referidos y de la información que aportan sobre consumo.

IV.1. LA ENCUESTA NACIONAL DE ADICCIONES

La principal fuente oficial de estadística relacionada con el consumo de drogas en México es la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA). Su último levantamiento se realizó en 2011,⁵² entrevistando a 14,980 personas a nivel nacional. Según dicha encuesta, respecto al **total de la población** encuestada, la prevalencia anual⁵³ en el consumo, de cualquier droga, es de 1.8% del total de la población encuestada (frente a 1.6% en 2008, año previo en que se realizó la encuesta). Es decir, cerca de un millón y medio de personas habían consumido alguna droga en el último año. A la vez, el consumo de drogas **ilegales**⁵⁴ en el último año fue de 1.5% del total de encuestados, muy similar a lo ocurrido en 2008 (1.4%) (SSA-INP, 2012: 26). Esto significa, como mencionamos en la introducción, que cerca de un millón doscientos mil perso-

⁵² La ENA 2011 es una encuesta realizada en hogares con representatividad nacional y para ocho regiones del país, en la que se encuentran representadas poblaciones rurales –con un número de habitantes menor o igual a 2,500–, urbanas –aquellas con un número de habitantes entre 2,500 y 99,999– y metropolitanas –con 100 mil habitantes o más.

⁵³ Se refiere a personas que han consumido sustancias o presentado síntomas o diagnóstico de dependencia en los últimos 12 meses anteriores a la encuesta.

⁵⁴ La ENA incluye en este grupo las siguientes sustancias: marihuana, cocaína, pasta de cocaína, *crack*, alucinógenos, inhalables, heroína y estimulantes tipo anfetamínico (metanfetaminas).

nas (1,169,828) consumió alguna sustancia ilícita en el año previo al levantamiento.⁵⁵

Como se puede ver en la siguiente tabla, el alcohol y el tabaco representan, por mucho la principal sustancia de consumo en la población, con una prevalencia anual de 51.4% y 21.7%, respectivamente. En el caso de las drogas ilegales, la marihuana es la de

mayor consumo, con una prevalencia de 1.2%, frente a 1.0% en 2008, seguida por la cocaína con una prevalencia anual de 0.5%.

El reporte de los resultados de la ENA 2011 indica que 0.7% de la población encuestada presenta “dependencia”⁵⁶ a drogas, es decir, hacen un uso problemático de las mismas. En el caso de los hombres, el porcentaje de

TABLA 2. TENDENCIA DEL CONSUMO EN EL ÚLTIMO AÑO

	Nacional			Hombres			Mujeres		
	2002	2008	2011	2002	2008	2011	2002	2008	2011
Cualquier droga	1.3	1.6	1.8	2.2	2.5	3	0.5	0.8	0.7
Cualquier droga ilegal	0.8	1.5	1.5	1.7	2.3	2.6	0.1	0.5	0.4
Marihuana	0.6	1	1.2	1.2	1.7	2.2	0.1	0.4	0.3
Cocaína**	0.3	0.4	0.5	0.1	0.8	0.9	***	0.1	0.1
Crack	***	0.1	0.1	***	0.2	0.2	---	***	***
Alucinógenos	***	0.1	0.1	***	0.1	0.1	***	***	***
Inhalables	0.1	0.1	0.1	0.2	0.2	0.2	***	***	***
Estimulantes tipo anfetamínico	***	0.1	0.2	0.1	0.2	0.2	***	0.1	0.1
Alcohol	46.3	44.1	51.4	61.1	55.9	62.7	34.2	33.2	40.8
Tabaco	23.5	20.8	21.7	36.2	30.3	31.4	13.1	12.1	12.6

** Cocaína incluye también crack
 *** El porcentaje obtenido es menor a 0.1
 --- La precisión del estudio no permite detectar el consumo de la sustancia

Fuente: Encuesta Nacional de Adicciones 2011.

“dependencia” es de 1.3%, y 0.2% en el caso de las mujeres (SSA-INP, 2012: 62); sin embargo, la forma en que la encuesta determina cuándo hay dependencia ha sido criticado, haciendo cuestionable la validez de la problematización que se ha hecho con los resultados de

la encuesta. La ENA define como dependencia “cuando una persona reporta haber tenido tres o más síntomas de dependencia asociados a su consumo de drogas” sin especificar cuáles son dichos síntomas. Labate & Ruiz (2013) afirman que para determinar los casos

⁵⁵ De acuerdo con el INEGI, la población entre 12 y 65 años, en 2010, año en que se aplicó la ENA 2011, fue de 77,988,555 (INEGI: 2010).

⁵⁶ Entrecorramos dependencia por ser el término que usa la ENA y por tener varios problemas de definición, como se discute en este texto.

de “dependencia”, la ENA combina los criterios de dos manuales diferentes: el DSM-IV⁵⁷ (Manual de Enfermedades y Estadísticas de la Asociación Americana de Psiquiatría) y el ICD (Clasificación Internacional de Enfermedades). En otras palabras, la ENA mezcla criterios médicos diferentes. Ello resulta en una definición sumamente amplia de “dependencia” (Labate y Ruiz Esparza, 2013: 26) que hace difícil distinguir entre usos recreativos, voluntarios y usos problemáticos de sustancias ilícitas. La amplitud del criterio utilizado por la ENA se suma a la dificultad que existe para definir la dependencia. Como se mencionó en la primera sección de este texto, la dependencia es sumamente difícil de determinar en abstracto, ya que existe un gran número de sustancias –y conductas– que producen el efecto de querer repetir, sin que ello implique un problema de adicción. Por tanto, hablar de dependencia sin mirar casos concretos ter-

mina por forzar la distinción entre usos problemáticos y no problemáticos.

IV.2. SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LAS ADICCIONES (SISVEA)

Otra de las fuentes oficiales de información con que puede complementarse la información relacionada con el consumo es el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA). El SISVEA obtiene información a través de la aplicación de cuestionarios específicos en cuatro fuentes de información primaria:

- A. Los Centros de Tratamiento y Rehabilitación No Gubernamentales.
- B. Los Consejos Tutelares para Menores.
- C. Los Servicios de Urgencias Hospitalarias.
- D. Los Servicios Médicos Forenses (Secretaría de Salud, 2013: 8).

⁵⁷ De acuerdo con el DSM-IV, existe dependencia cuando se expresan tres (3) o más de los ítems siguientes; en algún momento de un período continuo de doce (12) meses.

(1) Tolerancia, definida por (a) una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación, o el efecto deseado o, (b) el efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.

(2) Abstinencia, definida como cualquiera de los siguientes ítems (a) el síndrome de abstinencia característico para la sustancia o (b) se toma la misma sustancia (o un muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

(3) La sustancia se consume en cantidades mayores o durante un período más prolongado de lo que originalmente se pretendía.

(4) Existe un deseo persistente o se realizan esfuerzos infructuosos por controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.

(5) Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (p. ej., visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias), en el consumo de la sustancia (p. ej., fumar un cigarrillo tras otro) o en la recuperación de sus efectos.

(6) Reducción o abandono de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.

Aunque la información aportada por el SISVEA no permite conocer cifras sobre los consumidores de la población general, ni la información de los centros gubernamentales, aporta valiosa información sobre aquellos consumidores que han entrado en contacto con los centros de tratamiento, Consejos tutelares y hospitales, es decir, con las instituciones jurídicas o de salud. El SISVEA tiene como objetivo principal “obtener información referente a las características y patrones de consumo de personas que solicitan atención en los Centros de Tratamiento y de menores que fueron entrevistados en los Consejos tutelares, así como buscar la relación entre el consumo de sustancias y causas de fallecimiento”. Su información incluye datos sobre consumidores de sustancias psicoactivas incluyendo alcohol y tabaco. La información que aporta se divide en función de las cuatro fuentes primarias por

lo que en este apartado reproducimos la información más relevante sobre consumidores de acuerdo a las instituciones que reportan la información.

CENTROS DE TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN NO GUBERNAMENTALES

Entre 1994 y 2012, el SISVEA registró que 672,115 personas acudieron a Centros de Tratamiento y Rehabilitación No Gubernamentales para recibir tratamiento o rehabilitación⁵⁸ en adicciones. De ellas, 45.2% lo hizo de manera voluntaria, en tanto que 39.7% fueron llevados por amigos o familiares, 9.6% por una indicación de carácter legal y 2.4% por una indicación médica, de la escuela o el trabajo (Secretaría de Salud, 2013: 11). De la población que solicitó tratamiento, 90.75% (609,948) fueron hombres. La media

TABLA 3. DISTRIBUCIÓN SEGÚN ACTIVIDAD PRINCIPAL (CENTROS DE TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN NO GUBERNAMENTALES). MÉXICO 1994-2012

Actividad principal	%
Estudiante de tiempo completo	7.8
Estudiante con actividad laboral	0.8
Con actividad laboral estable (más de 6 meses)	27
Con actividad laboral inestable (menos de 6 meses)	24.2
Desempleado(a) busca empleo	23.8
Desocupado(a) No busca empleo	13
El hogar	2.7
Pensionado(a)	0.6
Total	100

Fuente: Elaborada con datos obtenidos de SISVEA 2012.

⁵⁸ La NOM 028-SSA-2009 define el tratamiento como el “conjunto de acciones que tienen por objeto conseguir la abstinencia o, en su caso, la reducción del consumo de las sustancias psicoactivas”. Asimismo, define la “rehabilitación del adicto” como el “proceso por el cual un individuo que presenta trastornos asociados con sustancias psicoactivas alcanza un estado óptimo de salud, funcionamiento psicológico y bienestar social”. Véase NOM 028-SSA-2009, reglas 3.50 y 3.57

de edad de la población fue de 30.5 años. En el año 2012 se registraron 40,378 personas que acudieron a estos centros de tratamiento.⁵⁹ En ese año, la distribución de la población por sexo mostró que 85.5% (40,812) eran hombres y la media de edad fue 29.22 años (Secretaría de Salud, 2013: 14).

En relación con la actividad principal desempeñada, la mitad (52%) de las personas encuestadas en los centros de tratamiento y rehabilitación no gubernamental se encontraban realizando alguna actividad laboral –estable o inestable–, mientras que 36.8% estaban desempleados o desocupados (ver tabla 3) (Secretaría de Salud, 2013: 12).

El SISVEA aporta algunos datos sobre las características socio-demográficas de los consumidores que llegan a los centros de tratamiento. En relación con el nivel de escolaridad, 4.6% (31,484) de los encuestados refirieron no tener estudios, 32.3% (219,873) cursaron la primaria, 37.7% (256,363) cursaron el nivel secundaria, 19.3% (130,831) indicaron haber cursado bachillerato o alguna escuela técnica y 5.7% (38,887) cursaron nivel superior o posgrado (Secretaría de Salud, 2013: 12). Asimismo, respecto al estado civil, 53.4% de las personas que solicitaron atención son solteros, 22.5% casados y 12.3% se encuentran en unión libre.

Sobre el tipo de sustancia de consumo,

el sistema aporta información sobre drogas de inicio.⁶⁰ En este caso, el alcohol y el tabaco representaron las principales drogas de inicio seguidas por la marihuana. Asimismo, el alcohol fue señalado como la droga de “mayor impacto”,⁶¹ seguido por la cocaína, el cristal, la heroína y la marihuana (Secretaría de Salud, 2013: 12).

CONSEJOS TUTELARES PARA MENORES

Los Consejos tutelares para Menores son los centros de readaptación social para menores de 16 años. De acuerdo con la Ley que Crea los Consejos Tutelares para Menores Infractores del Distrito y Territorios Federales, los Consejos intervienen cuando los menores infringen las leyes penales o los reglamentos de policía y buen gobierno, o manifiestan otra forma de conducta que haga presumir, fundadamente, una inclinación a causar daños, a sí mismo, a su familia o a la sociedad.⁶²

La información que recaba el SISVEA en estos centros busca conocer los patrones de consumo en los menores que ingresan a dichas instituciones. Durante 2012 se estudiaron 3,782 registros, de los cuales 91.5% pertenecían al sexo masculino, y la edad media fue de 16 años. Del total de la población estudiada, 65.9% (2,486) afirmaron que consumen

⁵⁹ El SISVEA tiene registro de 1658 centros en el país.

⁶⁰ Se refiere a la primera sustancia legal o ilegal consumida por el usuario encuestado.

⁶¹ Se refiere a la sustancia que el paciente identifica con mayor capacidad para producirle efectos negativos (problemas), ya sea en el área de la salud familiar, legal o laboral, y que es motivo principal de la demanda de tratamiento.

⁶² Véase Ley que Crea los Consejos Tutelares para Menores Infractores del Distrito y Territorios Federales, artículo 2.

TABLA 4. TIPO DE DELITO DE LOS MENORES EN CONSEJOS TUTELARES, 2012

Delito	%
Robo	73.8
Actos violentos	3.9
Portación de arma de fuego	2.5
Delitos contra la salud	6
Delito sexual	3.3
Portación de arma punzocortante	0.3
Vagancia	0.2
Otro	10
Total	100

Fuente: SISVEA 2012.

habitualmente algún tipo de sustancia (droga), principalmente tabaco y alcohol (Secretaría de Salud, 2013: 47).

La tabla 4 muestra la distribución de los encuestados de acuerdo al delito por el que ingresaron a la institución. Del total de los encuestados en estos centros, 18.6% (703) dijeron haber cometido el delito bajo el efecto de alguna sustancia, siendo el alcohol la principal sustancia (43% de los casos), seguida por la marihuana (23.7%) y los inhalables (22.2%). Nos sobra señalar que la encuesta no determina si los encuestados consumieron para delinquir, si el consumo los llevo a delinquir ni cómo se relaciona el consumo con la conducta delictiva.

SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIAS

Otra fuente de información para el SISVEA son los Servicios de Urgencias Hospitalarias, que aportan información que permite iden-

tificar a pacientes que acuden por diversas enfermedades o lesiones de causa externa con el consumo de sustancias (Secretaría de Salud, 2013: 53). Así, durante el año 2012 se reportaron 6,975 eventos de 201 unidades hospitalarias en 21 entidades del país. Solamente 3% (212) de los pacientes que se presentaron al servicio de urgencias se encontraban bajo el efecto de alguna droga. De ellos, la mayoría (73.7%) fue alcohol, seguido lejanamente por marihuana (6.2%), tabaco (5.3%) y cristal (3.8%) (Secretaría de Salud, 2013: 55).

SERVICIO MÉDICO FORENSE (SEMEFO)

El SEMEFO es otra de las fuentes de información que provee datos al SISVEA. El SEMEFO aporta información sobre la causa de muerte, lo que permite establecer cuando existe consumo de sustancias en los fallecidos que llegan. Durante 2012 se obtuvieron 9,489 cuestio-

narios provenientes de las 32 entidades del país (Secretaría de Salud, 2013: 59). Se confirmaron en ese año, mediante pruebas toxicológicas, mil 278 casos de defunciones que sucedieron bajo el efecto de alguna sustancia (que representan 3% del total). Como muestra la tabla 5, el alcohol fue por mucho la sustancia presente con mayor frecuencia en las defunciones en 86.6% de los casos. La cocaína estuvo presente en 3.8% de las defunciones, seguida por la marihuana (3.2%) y tranquilizantes (2.8%) (Secretaría de Salud, 2013). La relación de la causa de defunción y tipo de droga es la siguiente.

IV.3. SISTEMA DE REPORTE DE INFORMACIÓN EN DROGAS (INFORME INDIVIDUAL SOBRE EL CONSUMO DE DROGAS)

Este reporte se realiza en junio y noviembre de cada año con datos que provienen de 45 instituciones de atención a la salud y procuración de justicia en la Ciudad de México.⁶³ Aunque tiene la limitación de solamente realizarse en instituciones de esa entidad, el informe permite analizar algunas características sobre los consumidores que ingresan a dichas insti-

tuciones y su consumo. De acuerdo con el reporte, de las personas entrevistadas (1256), en 2012 82.7% fueron hombres y 17.3% mujeres (Ortiz *et al.*, 2012). La mayoría de los usuarios (34.9%) tenía entre 15 y 19 años. Al igual que con las otras fuentes de información, vemos que la droga de mayor consumo es el alcohol seguido por el tabaco y la marihuana. En este caso, las sustancias más consumidas en el último año fueron el alcohol (68.8%), el tabaco (67.7%), la marihuana (63.7%) los inhalables (29.3%) y la cocaína (29.4%).⁶⁴

IV.4. ENCUESTA DE CONSUMO DE DROGAS EN ESTUDIANTES DE LA CIUDAD DE MÉXICO, 2012

Por tratarse de un grupo vulnerable, se han realizado algunas encuestas que intentan evaluar el consumo entre jóvenes. Así, por ejemplo, la Encuesta de Consumo de Drogas en Estudiantes de la Ciudad de México, 2012, presenta algunas estimaciones sobre el consumo de sustancias de uso lícito e ilícito en este grupo en la Ciudad de México.⁶⁵ De acuerdo con la encuesta, el “consumo de sustancias psicoactivas” en el último año y en el último mes para jóvenes fue de 18.2% y 10.3%, res-

⁶³ Centro de Ayuda al Alcohólico y su Familiar (CAAF), Casa de Recuperación para alcoholismo y drogadicción, Carrasco A.C., Centros de Integración Juvenil (CIJ), Dirección General de Servicios Médicos del Distrito Federal. Toxicológico de Xochimilco, Fundación Renace I.A.P., Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, Nueva Identidad, A.C., Centros La Perla Mexicana, Procuraduría General de la República.

⁶⁴ Las personas reportaron en muchos de los casos más de una sustancia, por lo que puede dar más de 100%.

⁶⁵ El levantamiento incluyó a 13,069 estudiantes de enseñanza media y media superior inscritos en el ciclo escolar 2011-2012, en escuelas públicas y privadas de la Ciudad de México. Los resultados de la encuesta, así como la metodología empleada, están disponibles en http://www.iapa.df.gob.mx/wb/iapad/encuesta_estudiantes_2012 (consulta 23 de septiembre de 2013).

pectivamente (Villatoro *et al.*, 2013). Sobre la preferencia de sustancias, la marihuana ocupa el primer lugar de preferencia en los/as adolescentes, seguida de los inhalables y la cocaína.

Asimismo, la encuesta señala que 68.2% de los/as adolescentes ha consumido alcohol alguna vez en su vida y 40.1% lo ha consumido en el último mes (Villatoro *et al.*, 2013).

TABLA 5. DEFUNCIONES POR CAUSA Y SUSTANCIAS PRESENTES EN LA DEFUNCIÓN

	Accidente	Homicidio	Suicidio	Muerte no violenta
Alcohol	90.2	81.8	87	90.4
Marihuana	2.1	5.8	2.6	1.5
Inhalables	0.6	1.3	2.1	0.7
Otras drogas ilegales*	1.5	0.5	1	0
Cocaina	1.7	7.3	4.2	2.2
Tranquilizantes	3.2	2	2.1	5.2
Anfetaminas	0.8	1.3	1	0
Cristal	0	0.3	0	0
Total	100	100	100	100

Fuente: Secretaría de Salud (2013), *Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones* (SISVEA). Informe 2012, México: SSA. La tabla no incluye todas las causas de defunción, sino únicamente las principales.

IV.5. CONCLUSIONES SOBRE LA DIMENSIÓN DEL CONSUMO

Como se mencionó al principio de esta sección, de acuerdo con los datos de la Encuesta Nacional de Adicciones, 2011, 1.5% de las personas encuestadas afirmaron haber consumido alguna sustancia ilícita en el último año. A pesar del importante número de consumidores que puede haber en el país, la información existente sobre consumidores y consumo es poco uniforme y no es comprensiva. Las fuentes de información aportan poca o nula información sobre patrones de consumo, formas

de abastecimiento, relación con la autoridad, percepciones sobre el consumo propio, etcétera. Los instrumentos de medición, más bien, parecen partir del supuesto de que todo consumo es problemático y anulan la medición del fenómeno desde la perspectiva de los consumidores recreativos.

De acuerdo con la información secundaria presentada en esta sección, es posible ver que la mayoría de las personas que consumen o consumieron drogas de usos ilícitos son hombres y jóvenes –aunque la información también muestra un grupo grande de personas con características socio-demo-

gráficas variables y heterogéneas, abarcando distintas regiones del país, culturas y niveles de escolaridad—. El importante número de consumidores que existe en el país obliga a estudiar el consumo de sustancias ilícitas en

su relación con el derecho y sus instituciones para entender cómo interviene el Estado –de facto– frente al consumo de sustancias ilícitas. La siguiente sección analiza las respuestas del Estado mexicano frente a los consumidores.

V. LAS RESPUESTAS ESTATALES EN CIFRAS: INSTITUCIONES DE SALUD Y DE DERECHO PENAL

Como se mencionó antes, desde 1994 las conductas relacionadas con el consumo dejaron de ser tipificadas penalmente como delito. La posesión, en contraste, se mantuvo en el ámbito penal (a través de la reforma de Narcomenudeo de 2009), quedando así los consumidores –aunque no el consumo– en la esfera de acción del sistema de procuración y administración de justicia penales. En el caso de la posesión para fines de consumo, ésta dejó de llevar aparejada una pena privativa de libertad, siempre y cuando no se excediera de los montos máximos establecidos en la tabla de orientación y no fuera de los lugares señalados por el artículo 475 de la Ley General de Salud (como escuelas, cárceles, etcétera).

No obstante estas reformas, los datos recabados para este estudio muestran que las autoridades siguen viendo al consumo como un delito y persiguiendo y sancionando penalmente a los consumidores, no sólo por posesión sino también por consumo.

Aunque es necesaria información cualitativa que permita discernir el tipo de delitos de posesión que se persiguen, la redacción de la actual Ley General de Salud y la tabla de orientación obligan a suponer que algunas de las personas perseguidas y sancionadas por posesión son consumidores y no transportistas, o narcomenudistas. En esta sección, por tanto, se presentan datos sobre detención, procesamiento y sentencias registradas bajo las categorías de “consumo” y “posesión”.

Es preciso subrayar que, incluso sin tomar en cuenta los datos sobre posesión, la información obtenida sobre casos de consumo muestra que un importante número de consumidores son detenidos, procesados e incluso sentenciados por la conducta de consumo, aun cuando ésta no está tipificada como delito en la legislación mexicana. Así, por ejemplo, vemos que entre 2009 y mayo de 2013 fueron detenidas por la PGR a nivel nacional 140,860 personas por consumo de drogas. A la vez, durante ese mismo periodo, fueron

iniciadas 53,769 averiguaciones previas por consumo en el sistema federal.⁶⁶ Estos datos nos hablan de la criminalización constante de una conducta que, como se ha mencionado, no tiene justificación moral de ser penalizada pero que, además, no es siquiera considerada como delito en la legislación actual.

Los datos que se presentan en esta sección provienen de diversas fuentes, como del Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública, la Procuraduría General de la República y las procuradurías locales que proporcionaron información como respuesta a solicitudes de información realizadas. Sin embargo, sobre todo a nivel local, la información es incompleta. Como aquí se muestra, un número de entidades federativas no respondió las solicitudes o lo hizo con información sobre narcomenudeo o posesión en lugar de responder sobre consumo. De acuerdo con la Ley de Narcomenudeo, los casos de consumidores tendrían que estar documentados como averiguaciones previas iniciadas y concluidas como No Ejercicio de la Acción Penal. La falta de información sobre consumo sugiere que muchas de las autoridades en las entidades federativas no tienen claras sus competencias en la materia y/o que muchas entidades federativas desconocen el trabajo que están realizando sus procuradurías. Es posible también que las procuradurías locales estén procesando a consumidores como casos de posesión y por ello reporten

posesión cuando se les solicita consumo. En cualquier caso, la falta de información y claridad sobre el tema implica incertidumbre jurídica para los consumidores y el menoscabo de sus derechos fundamentales.

V.1. INSTITUCIONES PENALES

EL CONSUMO Y LA RESPUESTA DE LAS INSTITUCIONES DEL ORDEN FEDERAL

Los datos del sistema federal muestran que, a pesar de la aprobación y puesta en marcha de la Ley de Narcomenudeo, las autoridades federales siguen persiguiendo delitos que ahora competen al orden local. En respuesta a una solicitud de información,⁶⁷ la Procuraduría General de la República proporcionó el número de personas que han sido **detenidas** por esa dependencia por **consumo** de drogas. De acuerdo con la respuesta de la dependencia, de 2009 hasta mayo de 2013 han sido detenidas en todo el país 140,860 personas por consumo de drogas (ver tabla 6). Como se muestra, ha habido un constante descenso en la detención de personas por consumo, aunque es notorio que siga habiendo un gran número de estas detenciones a pesar de no ser competencia del orden federal.

Los estados en que más personas fueron detenidas por la PGR en el periodo 2010-2013 son Jalisco (32,373 detenidos), el Distrito

⁶⁶ Información pública otorgada por la Procuraduría General de la República, folios 0001700136313 y 0001700169413.

⁶⁷ Solicitud de información con número de folio 0001700136313.

Tabla 6. PERSONAS DETENIDAS POR CONSUMO DE DROGAS

2009	2010	2011	2012	Mayo 2013	Total
46,951	38,000	30,361	21,162	4,386	140,860

Fuente: Información pública otorgada por la Procuraduría General de la República, con número de folio 0001700136313.

Federal (27,295), Baja California (23,195) y Guanajuato (18,551). Nayarit, Durango y Campeche son las entidades con menos detenidos entre 2009 y 2013 (80, 55 y 54 personas detenidas respectivamente). Durante la primera mitad del año 2013, en Jalisco solamente hubo 66 personas detenidas; mientras que Guanajuato y Baja California tuvieron los mayores números de detenidos reportando un total de 1,875 y 780 personas respectivamente en ese periodo.

Los datos del Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública (2012), una oficina dependiente de la Presidencia de la República, muestran que de las averiguaciones previas del fuero federal, iniciadas entre 2006 y 2012, un importante número son por consumo (ver tabla 7). Hasta 2012, tres años después de aprobada la Ley de Narcomenudeo, el Secretariado separaba las averiguaciones previas iniciadas por consumo. A partir de 2012, el Secretariado dejó de reportar de forma separada al consumo –aunque aclara que los datos de posesión incluyen instancias de consumo–. En otras palabras, dentro de los poseedores (que sí son expresamente criminalizados) se encuentran simples consumidores. Para cualquier persona interesada en el tema, es importante tomar en cuenta la decisión del Secretariado de juntar

los casos de posesión y de consumo ya que hace ahora imposible determinar cuántos casos son perseguidos de jure por consumo (ver sección IV.1). Investigaciones subsecuentes tendrán que hacer el trabajo de separar los casos de uno y de otro para determinar el número de casos procesados bajo los supuestos de consumo.

Otro dato que es de notar es el número de casos de posesión que se persiguen. Estos casos, como se muestra en la tabla 7, representaron entre 2006 y 2012 el 75% de las averiguaciones previas iniciadas por delitos contra la salud. En 2012 representaron 71% de las mismas. Como se mencionó antes, las bajas dosis de consumo en personas establecidas en la tabla de orientación en la LGS, obligan a suponer que algún porcentaje de estos casos se trata de consumidores que son de facto criminalizados y equiparados a narcomenudistas. Sin embargo, sin un estudio detenido de los expedientes existentes para estos casos es imposible determinar el porcentaje de casos de consumidores procesados por posesión.

Una pregunta necesaria es porqué se siguen reportando casos de consumo a pesar de que el consumo no es un delito. Aunque en los últimos años ha disminuido el número de averiguaciones previas iniciadas por consumo

a nivel federal, hasta 2011 los casos de consumo siguieron representando una porción considerable de los delitos perseguidos, tanto entre los delitos de posesión, como entre la totalidad de delitos contra la salud. Para 2012, la posesión representa para ese año 71% de las averiguaciones previas iniciadas por delitos contra la salud.

Otra pregunta indispensable es porqué las autoridades federales continúan persiguiendo casos que son, salvo por las excepciones, de competencia local. Una posible respuesta es por el hecho de que aún hay entidades federativas que no han realizado los cambios normativos correspondientes. Al 3 de enero del año 2013, 23 de

las 32 entidades federativas aún no habían llevado a cabo adecuaciones a sus leyes en materia penal (Pérez Correa *et al.*, 2013). Otra posibilidad es que trate de casos de envergadura nacional. Como se mencionó, el artículo 474 de la Ley General de Salud establece que los casos de narcomenudeo serán de competencia federal cuando el ministerio público federal “prevenga en el conocimiento del asunto”; es decir, que así lo decida. Y, por el gran volumen de casos, podemos suponer que, más que tratarse de casos de trascendencia nacional, existe cierta inercia institucional. Es decir que las instituciones federales aún no cambian su forma de operar, a pesar de la reforma legal.

TABLA 7. INCIDENCIA DELICTIVA NACIONAL⁶⁸

Año	Todos los delitos contra la salud	Posesión/1	Consumo	Porcentaje (%) Posesión frente a otros delitos contra la salud	Porcentaje (%) Consumo frente a otros delitos contra la salud
2006	58,066	49,255	27,629	85%	47%
2007	81,491	71,511	44,170	88%	54%
2008	73,222	47,535	26,475	65%	36%
2009	63,404	43,326	24,203	68%	38%
2010	55,122	39,189	14,577	71%	26%
2011	42,747	31,665	9,926	74%	23%
2012	25,121	17,920	—*	71%	—
Total	399,173	300,401	146,980	75%	36.8%

Fuente: Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública (2012).

1/ Las cifras de posesión incluyen consumo.

* Para 2012 ya no se desagregan los datos de consumo de los de posesión.

⁶⁸ De acuerdo con el Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública, los datos sobre incidencia delictiva a nivel estatal “corresponden a las averiguaciones previas o carpetas de investigación iniciadas por delitos en contra de uno o varios ofendidos, en las que pudieran estar involucradas una o más víctimas u ofendidos o tutelar más de un bien jurídico”. Véase SESNSP (2012).

De manera sorprendente, entre los siete delitos que reporta el Secretariado del fuero común (de competencia local, en donde se encuentran los delitos de narcomenudeo), no figuran los delitos contra la salud; es decir, los delitos de drogas. Esto puede ser por el bajo porcentaje que representan estos casos en el trabajo de las procuradurías locales. Y, puede apuntar algo de lo que otros datos parecen indicar: que las entidades federativas no se están haciendo cargo de los delitos de contra la salud.

Se solicitó⁶⁹ mediante el sistema INFOMEX a la Procuraduría General de la República información relativa a las averiguaciones previas iniciadas y consignadas por consumo de narcóticos desde el año 2006. La

información proporcionada por la PGR (tabla 8) muestra que las averiguaciones previas disminuyeron sustancialmente después de 2009, año en que se publicó la Ley de Narcomenudeo.⁷⁰ Además indican, como es común en el sistema penal mexicano, que el número de averiguaciones previas consignadas ante juez (es decir, los casos en los que el ministerio público decide presentar el caso ante el poder judicial) representan una fracción relativamente pequeña de la averiguaciones previas iniciadas.⁷¹ Pero, más preocupante aún, muestra que la dependencia encargada de perseguir y castigar los delitos a nivel federal supone el consumo de narcóticos como un delito, cuando no lo es.

TABLA 8. AVERIGUACIONES PREVIAS INICIADAS Y CONSIGNADAS POR CONSUMO DE NARCÓTICOS. NIVEL FEDERAL

Año	Iniciadas	Consignadas		Total
		Con detenido	Sin detenido	
2006	27,629	1,225	802	2,027
2007	28,156	1,304	803	2,107
2008	26,475	1,216	641	1,857
2009	24,203	1,402	902	2,304
2010	14,577	794	1,486	2,280
2011	9,926	975	1,042	2,017
2012	3,368	458	419	877
abr-13	1,695	52	41	93
Total	136,029	7,426	6,136	13,562

Fuente: Información pública otorgada por la Procuraduría General de la República, vía sistema INFOMEX (folio 0001700169413).

⁶⁹ Mediante solicitud de información pública con número de folio 0001700169413.

⁷⁰ Y se distribuyeron las competencias entre la Federación y las entidades federativas para la persecución y sanción de los delitos relacionados con drogas y para la prevención y tratamiento del consumo.

Como se mencionó arriba, la Ley de Narcomenudeo estableció que cuando a una persona se le encuentre en posesión de narcóticos, sin fines de comercio o suministro, en igual o inferior cantidad a la prevista en la tabla de dosis mínimas para el consumo personal, para su estricto consumo personal, la autoridad ministerial debe resolver el No Ejercicio de la Acción Penal. Asimismo, el ministerio público debe informar a la autoridad sanitaria del No Ejercicio de la Acción penal para que ésta promueva la orientación médica o de prevención al consumidor o farmacodependiente. Al tercer reporte de No Ejercicio el tratamiento para el farmacodependiente será forzoso. Además, el ministerio público tiene la obligación de informar al consumidor acerca de la ubicación de las instituciones o centros para el tratamiento o para la prevención.⁷²

Solicitamos a las autoridades de procuración de justicia la información relaciona-

da con las “resoluciones de No Ejercicio de la Acción Penal dictadas en el periodo de 2009 a 2012 a favor de consumidores o farmacodependientes”.⁷³ Asimismo, preguntamos sobre el número de consumidores a los que se les informó la ubicación de las instituciones o centros para el tratamiento o para la prevención de la farmacodependencia y cuántos han iniciado tratamiento forzoso con base en el artículo 193 Bis de la Ley General de Salud.

La Procuraduría General de la República proporcionó información por entidad federativa (ver tabla 9).⁷⁴ A nivel nacional, los resultados fueron los siguientes: En el periodo 2009-2012, a nivel federal, se han emitido 89,086 resoluciones de No Ejercicio de la Acción Penal (NEAP) a farmacodependientes⁷⁵ o consumidores. En otras palabras, entre 2009 y 2012, casi 90,000 personas fueron llevadas ante el ministerio público por **consumo**. 2009 fue el año en que más resoluciones de NEAP

⁷¹ (Viene de página 48) El proceso penal mexicano puede ser visto como un proceso lineal compuesto de tres fases: averiguación previa, instrucción, y conclusiones o sentencia. Durante la averiguación previa, la policía y los peritos, bajo la dirección del ministerio público, realizan investigaciones para determinar si se ha cometido un delito. Si se determina que un delito se cometió, se busca encontrar posibles responsables y/o pruebas para acusar formalmente a los detenidos. En caso de haber un detenido, los fiscales cuentan con un plazo de 48 horas (72 horas para ciertos delitos) para encontrar suficientes pruebas para inculpar al detenido. Si se encuentra a un presunto responsable, o si se reúne suficientes pruebas para proceder en contra de un detenido, el expediente se manda al poder judicial para que un juez decida si emite o no una orden de aprehensión y se inicie la etapa de instrucción. En este punto la averiguación previa se entiende que ha sido consignada ante un juez. De no ser el caso que se encuentren suficientes pruebas o si se determina que la conducta no constituye un hecho delictivo, el caso es archivado como no ejercicio de la acción penal.

⁷² Artículo 193 Bis, Ley General de Salud.- Cuando el centro o institución reciba reporte del No Ejercicio de la Acción Penal, en términos del artículo 478 de esta Ley, las autoridades de salud deberán citar al farmacodependiente o consumidor, a efecto de proporcionarle orientación y conminarlo a tomar parte en los programas contra la farmacodependencia o en aquellos preventivos de la misma. Al tercer reporte del Ministerio Público, el tratamiento del farmacodependiente será obligatorio.

⁷³ Consideramos que el término farmacodependiente es problemático por ser descalificativo. Sin embargo, dado que es el término que usa la Ley General de Salud, lo usamos en este texto para reportar los datos de las autoridades.

⁷⁴ En respuesta a solicitud de información pública con número de folio 0001700095613.

⁷⁵ Utilizamos el término farmacodependiente por ser el término utilizado por la legislación, no porque nos parezca un término apropiado para referir a las personas que hacen uso problemático de sustancias ilícitas.

(36,926), y se han ido reduciendo paulatinamente cada año; para 2012 la emisión de NEAP se redujo en 70% (11,011) respecto a 2009.

Lo mismo sucede en el caso de “farmacodependientes que han iniciado tratamientos forzosos”, reduciéndose el número de personas en 43% de 2009 (con 12,977 tra-

tamientos forzosos) a 2012 (7,420 tratamientos forzosos). En total, en ese periodo iniciaron tratamiento forzoso 29,867 personas, y lo concluyeron 20,646. Al igual que las cifras anteriores, estos números siguen siendo muy elevados, sobre todo tomando en cuenta que la materia ya no es de competencia federal.

TABLA 9. RESOLUCIONES DE NO EJERCICIO DE LA ACCIÓN PENAL Y TRATAMIENTO FORZOSO. NIVEL FEDERAL

Año	Resoluciones de no ejercicio de acción penal emitidas a farmacodependientes	Farmacodependientes y consumidores a los que se les informa la ubicación de las instituciones o centros de tratamiento médico o de orientación para la prevención de la farmacodependencia	Farmacodependientes y consumidores que han iniciado tratamiento forzoso	Farmacodependientes y consumidores que han concluido tratamiento forzoso
2009	36,926	39,558	12,977	10,789
2010	24,446	25,371	8,273	4,976
2011	16,703	17,830	5,197	2,823
2012	11,011	11,635	7,420	2,058
Total	89,086	94,394	29,867	20,646

Nota: Las resoluciones de no ejercicio de la acción penal son por averiguaciones previas y en las mismas pueden estar relacionadas una o más personas, por lo tanto pueden coincidir o no las resoluciones con los farmacodependientes o consumidores.

Fuente: Elaborada con Información de la Procuraduría General de la República (infomex, folio 0001700095613).

De acuerdo con la información recibida, los estados en los que más resoluciones de No Ejercicio de la Acción Penal (NEAP) se emitieron en el periodo 2009-2012 fueron: el Distrito Federal (24,449), Jalisco (24,566), Guanajuato (14,927) y Baja California (12,275); mientras que Nayarit es la entidad en que menos resoluciones de NEAP se

emitieron, con solamente tres resoluciones, seguido de Veracruz con 16 y Coahuila con 18 resoluciones emitidas.

Jalisco es el estado en que más “farmacodependientes” han iniciado tratamiento forzoso (21,566), seguido por Guanajuato (6,567), mientras que en 15 entidades⁷⁶ ningún farmacodependiente ha iniciado trata-

⁷⁶ Aguascalientes, Colima, Distrito Federal, Durango, Guerrero, Hidalgo, Michoacán, Nayarit, Nuevo León, Puebla, Querétaro, Sinaloa, Tlaxcala, Yucatán y Zacatecas.

miento forzoso. En Jalisco, 13,866 personas han concluido el tratamiento, mientras que en Guanajuato lo han hecho 6,567 (la totalidad de quienes iniciaron tratamiento forzoso en ese periodo).

Por último, incluimos información de la Primera Encuesta realizada en Centros Federales de Readaptación Social (Pérez Correa y Azaola, 2012) sobre internos sentenciadas en el fuero federal, por reportar un número alto de casos de consumo y posesión y por complementar la información que existe sobre averiguaciones previas iniciadas. De acuerdo con los resultados de la encuesta, el delito más frecuente de los

internos sentenciados en el sistema penitenciario federal es el delito contra la salud. “En el caso de los hombres, 57.6% dijo estar sentenciados por delitos contra la salud, mientras que, en el caso de las mujeres, fue 80%” (Pérez Correa y Azaola, 2012: 25). Al preguntar por la modalidad de delitos contra la salud por la que fue sentenciado, “40.7% afirmó estarlo por transporte de drogas, 38.5% por posesión (traer consigo), 15.4% por vender al menudeo, 8.9% por traficar, 4.9% por vender al mayoreo, 3.2% por “fomento al narcotráfico”, 3.0% por suministrar, 1.8% por consumo y 1.8% por plantar o cultivar drogas” (ver tabla 10).

TABLA 10. CONDUCTA RELACIONADA CON DROGAS POR LA QUE FUERON SENTENCIADOS

Conducta	Total (%)*	Hombres (%)	Mujeres (%)
Transportar droga	40.7	40.0	44.7
Traer conmigo (posesión)	38.5	40.0	30.3
Vender al menudeo	15.4	14.8	18.4
Traficar	8.9	9.3	6.6
Vender al mayoreo	4.9	4.8	5.3
Fomento al narcotráfico	3.2	3.8	0.0
Suministrar	3.0	1.2	13.2

Fuente: *Primera Encuesta en Centros Penitenciarios Federales*, CIDE, 2012.

* Las personas pueden estar sentenciadas por más de un delito, por lo que los totales pueden ser superiores a 100%.

Nuevamente, teniendo en cuenta los bajos montos establecidos para consumo, podríamos suponer que un porcentaje de los casos sentenciados por posesión (que represen-

tan 38.5% del total de sentenciados por delitos contra la salud en el sistema federal) se trata en realidad de casos de consumo, aunque son necesarios más datos para afirmar esto.

TABLA 11. PERSONAS DETENIDAS POR CONSUMO DE DROGAS 2007-2012

Entidad	Personas detenidas	Entidades que dieron el número de detenidos por narcomnudeo al ser preguntados por consumo	
		Entidad	Personas detenidas
Jalisco	3,151	Nuevo León	691
Chihuahua	920	Puebla	256
Morelos	304	Sonora	71
Oaxaca	203	Guerrero	49
Campeche	77	San Luis Potosí	10
Durango	22	Total	1,077
Chiapas	11		
Tamaulipas	11		
Tabasco	9		
Total	4,708		

Fuente: Elaborada con información pública otorgada por las Procuradurías de Justicia locales en respuesta a diversas solicitudes de información.

EL CONSUMO Y LAS INSTITUCIONES DEL ORDEN LOCAL

Aunque solicitamos información sobre personas detenidas por consumo de narcóticos⁷⁷ a todas las entidades federativas, únicamente obtuvimos respuesta de 28 estados (de los 32 a los que se solicitó información). De éstos, 16 proporcionaron la información solicitada, mientras que seis estados proporcionaron información de narcomenudeo (ver tabla 12) y otras cuatro⁷⁸ manifestaron desconocer la información requerida (ver tabla 11). Los datos muestran que en los estados que proporcionaron in-

formación hubo un total de 4,708 detenidos por consumo.

La tabla 11, además, muestra el número de personas detenidas por narcomenudeo entre 2007 y 2012. Estos datos no permiten ver la dimensión de las detenciones en materia de narcomenudeo en el país, ya que sólo muestran los datos de cinco estados (de los 32) que en respuesta a una solicitud sobre el número de detenidos por consumo dieron el número de detenidos por narcomenudeo. Sin embargo, sugieren un volumen relativamente pequeño de casos por narcomenudeo, comparado con los casos llevados en la materia por las instancias federales desde aproba-

⁷⁷ Se utiliza el término narcóticos por ser el usado por la legislación, aunque el término legal también comprende otro tipo de sustancias psicoactivas.

⁷⁸ Veracruz, Tlaxcala, Aguascalientes y Estado de México.

Tabla 12. AVERIGUACIONES PREVIAS INICIADAS Y CONSIGNADAS POR CONSUMO DE NARCÓTICOS. NIVEL LOCAL

Entidad	Iniciadas	Consignadas	Estados que dieron información sobre narcomenudeo cuando se les preguntó por consumo		
Quintana Roo	304	151			
Campeche	200	53			
Baja California Sur	136	100	Jalisco	4,274	477
Morelos	124	97	Chihuahua	1,075	624
Oaxaca	58	0	Yucatán	709	667
Hidalgo	33	0	Sonora	601	527
Durango	20	15	Chiapas	515	349
San Luis Potosí	10	0	Nuevo León	456	263
Aguascalientes	4	NI	Puebla	255	NI
Baja California	0	0	Tamaulipas	157	59
Coahuila	0	0	Michoacán	82	48
Querétaro	0	0	Total	8,124	3,014
Zacatecas	0	0	Contra la salud		
Total	889	416	Tabasco	52	7

Fuente: Elaborada con información pública otorgada por las Procuradurías de Justicia locales en diversas solicitudes de información.

NI: No cuentan con la información.

da la LNM. Como se mostró en la sección previa, entre 2009 y mayo de 2013 fueron detenidas por la PGR a nivel nacional 140,860 personas por consumo de drogas e iniciadas 53,769 averiguaciones previas por consumo en el sistema federal. Únicamente en Baja California, el Distrito Federal, Michoacán y Querétaro manifestaron que el consumo no era un delito, por lo que no tenían dicha información.

Se realizaron también solicitudes de información pública a las Procuradurías de Justicia de las entidades federativas, para conocer el número de averiguaciones previas iniciadas por consumo de sustancias

ilícitas a partir de la aprobación de la Ley de Narcomenudeo; 29 entidades federativas respondieron; de éstas, 13 proporcionaron la información requerida, mientras que nueve⁷⁹ proporcionaron datos por el delito de narcomenudeo, pero en sus respuestas no distinguieron entre consumo y narcomenudeo. De la misma forma, Tabasco respondió dando información general sobre “delitos contra la salud”. Solamente Distrito Federal, Guanajuato y Sinaloa respondieron que no contaban con la información, ya que el consumo de narcóticos no es un delito.⁸⁰

Los datos (ver tabla 12) indican que

⁷⁹ Jalisco, Chihuahua, Yucatán, Sonora, Chiapas, Nuevo León, Puebla, Tamaulipas, Michoacán.

⁸⁰ En Guerrero, Estado de México y Veracruz no contaban con información alguna; en Tlaxcala no respondieron a la solicitud

desde 2009 las procuradurías locales han iniciado 889 averiguaciones previas en contra de consumidores, siendo el Estado de Quintana Roo el estado en que más averiguaciones previas se iniciaron (34% de las averiguaciones consignadas), seguido por Campeche (22% de las averiguaciones consignadas). De las averiguaciones iniciadas en todas las entidades, se consignó 47% (416), siendo el estado de Quintana Roo donde más averiguaciones previas se consignaron, representando 36% de las averiguaciones consignadas.

Respecto a consumidores procesados y sentenciados, también realizamos solicitudes a las instituciones de cada una de las entidades federativas para conocer la información. Dos entidades (Sonora y Morelos) proporcionaron la información de procesados, sentenciados (absolutorio y condenatorio) y condenados por consumo (ver tabla 13). Sorprendentemente, y a pesar de que bajo la actual legislación el consumo no es una conducta delictiva, encontramos 34 casos de sentencias condenatorias en contra de consumidores. En estos

TABLA 13. PROCESADOS, SENTENCIADOS Y CONDENADOS POR CONSUMO 2007 A 2012 (SONORA Y MORELOS)

Estado	Total	SENTENCIADOS*		
		Total de sentencias (absolutorias y condenatorias)	Sentencias condenatorias	
Sonora	97	34	33	97%
Morelos	24	2	1	50%
Total	121	36	34	94%

Fuente: Elaborada con información pública otorgada por Tribunales de Justicia locales a partir de diversas solicitudes de información.

* De ese modo, se pretendió identificar cuántas de las sentencias que emitieron los jueces lo hacían condenando al consumidor. El INEGI define una sentencia condenatoria como una "resolución judicial que pone fin a un proceso o juicio en una instancia o a un recurso extraordinario, cuando un órgano jurisdiccional comprobó los elementos del delito o comprobó y la responsabilidad del presunto delincuente".

casos, pareciera que la inercia ministerial y judicial no ha cobrado cuenta de las reformas aprobadas hace casi tres años.

Los Tribunales en los estados de Aguascalientes, Baja California, Chiapas, Chihuahua, Michoacán, Oaxaca, Quintana Roo,

San Luis Potosí, Tabasco y Tamaulipas señalaron que el consumo de narcóticos no es un delito. A la vez, de las 30 entidades que dieron respuesta a la solicitud,⁸¹ la mayoría proporcionaron datos por narcomenudeo, delitos contra la salud o posesión simple,

⁸¹ Jalisco, Estado de México, Nayarit, Sinaloa, Zacatecas y Baja California Sur no contaban con dicha información, mientras que Durango y Veracruz no respondieron a la solicitud.

sin distinguir al consumo de estas otras conductas. Es importante notar los casos de posesión simple (ver tabla 14) ya que al no ser posesión con fines de venta o suministro podemos suponer que se trata de casos de consumo.

A nivel local, también solicitamos a las autoridades de procuración de justicia la información relacionada con las resolucio-

nes de No Ejercicio de la Acción Penal dictadas en el periodo de 2009 a 2012 a favor de consumidores, y se cuestionó acerca del número de personas a quienes se informó la ubicación de las "instituciones o centros para el tratamiento o para la prevención de la farmacodependencia" y cuántos han iniciado tratamiento forzoso con base en el artículo 193 Bis de la Ley General de Salud.⁸²

TABLA 14. PROCESADOS, SENTENCIADOS Y CONDENADOS POR NARCOMENUDEO

	Narcomenudeo				Contra la salud		
	Procesados	Sentenciados	Condenados		Procesados	Sentenciados	Condenados
Yucatán	971	354	269	Colima	727	1,125	1,047
Hidalgo	519	69		Narcomenudeo-Posección simple			
Guerrero	174	7		Distrito Federal	1,188	688	683
Campeche	123	65	65	Guanajuato	3	3	
Cohauilla	114	4		Nuevo León	51	15	15
Querétaro	112	24		Total	1,242	706	698
Puebla	91	13					
Tlaxcala	13	0					
Total	2,359	608	402				

Fuente: Elaborada con información pública otorgada por los Tribunales de Justicia locales en diversas solicitudes de información.

La información obtenida de los estados no fue uniforme, debido a que las autoridades locales fueron inconsistentes en sus respuestas.⁸³ En la información obtenida, los

datos indican que en el periodo 2009-2012, a nivel local, se han emitido 1,639 resoluciones de No Ejercicio de la Acción Penal, concentrándose la mayoría (98%) en 2012,⁸⁴ 36% fueron

⁸² Artículo 193 Bis, LGS.- Cuando el centro o institución reciba reporte del No Ejercicio de la Acción Penal, en términos del artículo 478 de esta Ley, las autoridades de salud deberán citar al farmacodependiente o consumidor, a efecto de proporcionarle orientación y conminarlo a tomar parte en los programas contra la farmacodependencia o en aquellos preventivos de la misma. Al tercer reporte del Ministerio Público el tratamiento del farmacodependiente será obligatorio.

⁸³ Algunas de las veces no respondieron a las solicitudes de información. Otras manifestaban que no contaban o desconocían la información. Otras entidades proporcionaron información relativa a narcomenudeo.

⁸⁴ En la mayoría de las entidades federativas se adaptó la legislación para adquirir la competencia en materia de narcomenudeo a partir de 2012.

en el estado de Jalisco, 26% en Baja California y 9% en Guanajuato (ver tabla 15).

En el caso de “farmacodependientes” a los que se informó la ubicación de los

centros de tratamiento, las autoridades reportaron un total de 3931 casos, la mayoría (99%) en 2012.

Por otro lado, se iniciaron 7,797 tra-

TABLA 15. RESOLUCIONES DE NO EJERCICIO DE LA ACCIÓN PENAL Y TRATAMIENTO FORZOSO. NIVEL LOCAL

Año	Resoluciones de No Ejercicio de Acción Penal emitidas a farmacodependientes	Farmacodependientes y consumidores a los que se les informó la ubicación de las instituciones o centros de tratamiento médico o de orientación para la prevención de la farmacodependencia	Farmacodependientes y consumidores que han iniciado tratamiento forzoso	Farmacodependientes y consumidores que han concluido tratamiento forzoso
2009	0	0	976	885
2010	0	0	1,937	1,800
2011	7	0	2,084	1,710
2012	1,611	3,911	2,333	1,775
Sin especificar	21	20	467	199
Total	1,639	3,931	7,797	6,369

Fuente: Elaborada con información pública otorgada por las Procuradurías de Justicia locales en diversas solicitudes de información.

tamientos forzosos a “farmacodependientes” entre 2009 y 2012; de ellos, 82% ha concluido dicho tratamiento. La entidad en que más usuarios han iniciado tratamiento forzosos fue Baja California, con 5,270 (68% del total), mismos que se concluyeron en su totalidad; después Nayarit (con 752 tratamientos iniciados y 355 concluidos) y Morelos (con 343 iniciados, de los cuales concluyó 40%).

La inconsistencia en la información proporcionada por las entidades federativas indica cierta opacidad y/u omisión en el trato al consumo de drogas ilícitas y consumidores. Es posible que las variaciones en las respuestas dadas entre una entidad y otra se deba a una falta de sistematización institucional y/o a una

falta de claridad sobre las obligaciones en la materia. Es posible que algunos estados sigan dependiendo de la Procuraduría General de Justicia para procesar los casos en materia de consumo y narcomenudeo. Esto explicaría el contraste entre el volumen de casos llevados por las autoridades federales y las del orden local. Asimismo, pensaríamos así que los estados que ya han llevado a cabo las adecuaciones legales para cumplir con la Ley de Narcomenudeo tendrían claro que el consumo no es un delito. Sin embargo, no encontramos relación entre los estados que sí han aprobado reformas en la materia y los que no. En todo caso, parece existir una falta de interés (o capacidad) por documentar el trabajo que hacen las autoridades

ministeriales y policiales en el tema o una falta de transparencia en la materia.

Parece existir una diferencia sustantiva en la forma en que los ministerios públicos (perteneciente al poder ejecutivo) y el poder judicial abordan el tema. Como se apuntó antes, 10 de los tribunales de las entidades federativas señalaron que el consumo no es un delito, mientras que sólo cuatro de las procuradurías notaron este hecho. Quizás la consecuencia más preocupante que vemos en la forma de tratar al consumo, tanto a nivel local como a nivel federal es la incertidumbre que existe para los consumidores de drogas ilícitas que resulta en su criminalización de facto.

Los datos presentados en este apartado, finalmente, muestran que existe un importante número de personas que son detenidas procesadas y sentenciadas por consumo, tanto a nivel federal como a nivel estatal, a pesar de que el consumo no esté tipificado como delito.

V.2. TRIBUNALES PARA EL TRATAMIENTO DE ADICCIONES (CORTES DE DROGAS EN MÉXICO)

Mencionamos de forma especial los Tribunales para el Tratamiento de Adicciones por tratarse de un instrumento judicial que busca hacer

frente al consumo de drogas (lícitas e ilícitas). En México, para diciembre del 2013 se encontraban en funcionamiento tres Tribunales para el Tratamiento de Adicciones (en adelante TTA), todos ubicados en el estado de Nuevo León.⁸⁵ El primero de los Tribunales inició funciones en septiembre de 2009, el segundo en diciembre de 2012 y el tercero en octubre de 2013. Además, se encuentran en etapa de estudio de factibilidad para implementar dichos Tribunales los estados de Baja California, Chiapas, Guanajuato y el Distrito Federal (Tena, 2011). Este último, tiene pendiente la aprobación de una iniciativa de "Ley para el Tratamiento Jurisdiccional de las Adicciones en el Distrito Federal"⁸⁶ A la vez, el 5 de febrero de 2014 se aprobó en la Cámara de Diputados aprobó el Código Nacional de Procedimientos Penales. El nuevo código, obligatorio todo el país en materia federal y local, contempla la figura de *la suspensión condicional del proceso*- que posibilita la creación de los Tribunales para el Tratamiento de Adicciones a nivel nacional.

Actualmente, los Tribunales de Tratamiento de Adicciones son un programa piloto que existe en el estado de Nuevo León. Dichos Tribunales, se llevan a cabo mediante la figura procesal (Cadena, 2012a: 223) de *suspensión del procedimiento a prueba*,⁸⁷ o por la figura del

⁸⁵ En los municipios de Guadalupe, San Nicolás y Monterrey

⁸⁶ Iniciativa disponible en: <http://www.iapa.df.gob.mx/wb/iapad/anteproyecto>. Su exposición de motivos se encuentra disponible en <http://www.iapa.df.gob.mx/wb/iapad/motivos>.

⁸⁷ La suspensión del proceso a prueba es la medida decretada por el Juez o Tribunal, a petición del imputado, su defensor o el Ministerio Público, que tiene como propósito suspender los efectos de la acción penal a favor del primero y evitar la determinación del juicio de responsabilidad penal en una sentencia (artículo 610, Código de Procedimientos Penales del Estado de Nuevo León).

perdón condicionado,⁸⁸ las cuales constituyen causa de extinción de la acción penal. Mediante dichas figuras procesales (y en caso de que la suspensión del proceso resulte exitosa), cesa definitivamente la facultad de la autoridad de perseguir (y sancionar) el delito, y no puede imputársele a la persona responsabilidad alguna en el futuro. No se trata de una sentencia resultado de un juicio, sino de una extinción de la causa.

Las personas elegibles ingresan al programa, por decisión del juez que conoce del caso. Ésta además, establece ciertas condiciones que deben ser cumplidas, durante un plazo no menor a 6 meses y no mayor a 3 años. Estas condiciones van desde prestar servicio social hasta someterse a tratamiento de adicciones. Una vez cumplido el plazo y las condiciones fijadas por el juez, se extingue la causa penal y, como se mencionó, no puede volverse a imputar responsabilidad penal por el mismo delito. Sin embargo, si no se cumplen con las condiciones, la suspensión se revoca, el proceso continúa su curso normal como si la suspensión nunca hubiera sucedido, conduciendo –probablemente– a una sentencia y a la imposición de una pena de prisión.

De acuerdo con Jesús Cadena Montoya, el programa del Tribunal para el Tratamiento de las Adicciones pretende ser una alternativa al proceso penal y a los castigos de prisión para personas con consumo problemático dando a estos la oportunidad de un tratamiento de rehabilitación y reinserción so-

cial, en libertad. El modelo ha sido impulsado en México con base en la supuesta efectividad que ha tenido para reducir el abuso de sustancias, y la reincidencia en otros países (Cadena, 2012a: 17). Los TTAs buscan la rehabilitación de quienes, por primera vez, cometen algún delito bajo el influjo de las drogas o el alcohol, a cambio de someterse a un tratamiento de desintoxicación (PJENL, 2013: 1)

Desde la creación del programa y hasta diciembre de 2013, han concluido satisfactoriamente el programa 61 personas y 57 han sido expulsadas. Actualmente están vigentes 28 casos. De los expulsados, la mayoría (79%) lo fueron por negación al tratamiento, 12% por recaída y 4% por reincidencia delictiva (PJENL, 2013b).

Aunque los resultados del programa son inciertos y su operación ha sido criticada desde la academia,⁸⁹ es posible que veamos su implementación en todo el país a partir de la aprobación del Código Nacional de Procedimientos Penales. En nuestra opinión, resulta preocupante que a través de esta figura se continúe criminalizando a consumidores, obligándolos a optar entre tratamientos forzados o penas de prisión, tal como se ha dado en Estados Unidos.

V.3. INSTITUCIONES DE SALUD

Como se mencionó arriba, la Ley de Narcomanejo estableció que, en casos de consumo, el ministerio público debe informar a la au-

⁸⁸ Perdón otorgado por la víctima, el ofendido o por quien se encuentre legitimado para otorgarlo.

⁸⁹ Véase por ejemplo Hoffman (2000); Miller (2004): 1479-1576; Bewley y Allen (2009), Drug Policy Alliance (2011).

toridad sanitaria del No Ejercicio de la Acción Penal para que ésta promueva al consumidor o farmacodependiente a la orientación médica o de prevención. Al tercer reporte de No Ejercicio de la Acción Penal por parte del ministerio público, el tratamiento será forzoso. El ministerio público, además, tiene la obligación de informar al consumidor acerca de la ubicación de las instituciones o centros para el tratamiento o para la prevención de la farmacodependencia en todos los casos.

La información obtenida a través de este estudio apunta a que existe poca claridad, tanto por parte de las autoridades de salud, como por parte de la autoridad ministerial, sobre cómo se actualizan las obligaciones en materia de consumo por parte de las autoridades de salud. Solicitamos información pública a las instituciones de salud para conocer el número de instituciones en las que se ha recibido reportes de no ejercicio de la acción penal por parte de los ministerios públicos locales y para conocer el número de veces en que se han dado tratamientos obligatorios. En respuesta a la solicitud, la Secretaría de Salud Federal, a través del Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones (CENADIC), señaló que a partir de 2011 –año en que se creó el CENADIC–,⁹⁰ se han atendido 97 solicitudes (50 en 2011 y 47 en 2012) para aten-

der la adicción de personas consumidoras de drogas.⁹¹ Asimismo, la dependencia señaló que no realizó ninguna cita a farmacodependientes o consumidores de drogas para proporcionar orientación, toda vez que el CENADIC no ejecuta acciones de tratamiento.

Las solicitudes recibidas por las autoridades de salud fueron remitidas a la autoridad sanitaria competente de la siguiente manera:⁹²

- A. 66 solicitudes fueron remitidas a la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal a través del Instituto para la Atención y Prevención de las Adicciones de la Ciudad de México (IAPA).
- B. 8 solicitudes fueron remitidas a la Secretaría de Salud del Estado de México a través del Consejo Estatal Contra las Adicciones (CECA).
- C. 23 solicitudes fueron remitidas nuevamente al ministerio público, toda vez que no se contaba con los domicilios correspondientes para localizar a las personas.

Se señaló además que el CENADIC no cuenta con la información relacionada con el número total de “farmacodependientes o consumidores” que han iniciado o concluido un tratamiento, toda vez que solamente se derivaron las solicitudes a las instancias antes señaladas.

⁹⁰ Creado mediante el Decreto que reforma, adiciona y deroga diversas disposiciones del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, el 6 de enero de 2011. Corresponde al cenadic ejercer las atribuciones que las leyes otorgan a la Secretaría de Salud en materia de prevención y control de las adicciones como un problema de control de enfermedades (art. 45 Bis).

⁹¹ Respuesta a solicitud de información pública, con número de folio 0001200111213.

⁹² De esto se desprende que las autoridades federales han estado remitiendo las solicitudes para el tratamiento de adicciones a las autoridades locales.

En respuesta a las solicitudes que hicimos a las secretarías de las entidades federativas se respondió que “Se han recibido 8,325 resoluciones del No Ejercicio de la Acción Penal por parte de las autoridades ministeriales, de las cuales 42% fueron en el estado de Baja California y 11% en Guanajuato” (ver tabla 16).⁹³ Esta información, sin embargo, no coincide con lo manifestado por las procuradurías locales. Como se mostró en el apartado anterior, de acuerdo con la información aportada por las procuradurías locales, de 2009 a 2012, se emitieron 1,639 resoluciones de NEAP (ver sección VI.1). A la vez, la Procuraduría Federal manifestó que en el pe-

riodo 2009-2012, a nivel federal, se emitieron 89,086 resoluciones de No Ejercicio de la Acción Penal (NEAP) a farmacodependientes o consumidores. Tanto en el caso de las procuradurías locales como en el caso de los federales debería haberse recibido la resolución de No Ejercicio de la Acción Penal por parte del ministerio público. No obstante, esto no parece ser el caso.

De acuerdo con la Ley General de Salud (art. 193 Bis), “al recibir la notificación del no ejercicio de la acción penal, las autoridades de salud deberán citar al farmacodependiente o consumidor, a efecto de proporcionarle orientación y conminarlo a tomar parte en los

TABLA 16. NÚMERO DE RESOLUCIONES RECIBIDAS POR PARTE DEL MINISTERIO PÚBLICO, DE NO EJERCICIO DE LA ACCIÓN PENAL A FARMACODEPENDIENTES Y CONSUMIDORES, DE ACUERDO AL ARTÍCULO 478 DE LA LEY GENERAL DE SALUD

NEAP recibidas por la Secretaría de Salud			
Baja California	3,472	Coahuila	84
Guanajuato	957	Zacatecas	61
Puebla	793	San Luis Potosí	55
Jalisco	789	Veracruz	27
Chiapas	546	Durango	23
Baja California Sur	412	Sinaloa	14
Tlaxcala	326	Chihuahua	11
Oaxaca	272	Aguascalientes	4
Michoacán	254	Nayarit	0
Querétaro	129	Sonora	0
Distrito Federal	96	Total	8,325

Fuente: Elaborada con información pública otorgada por las autoridades de salud locales en diversas solicitudes de información.

⁹³ Campeche, Hidalgo, Tabasco y Tamaulipas no cuentan con la información o la desconocen. Guerrero, Estado de México, Morelos, Nuevo León, Quintana Roo, Yucatán y Colima, no respondieron a la solicitud.

programas contra la farmacodependencia o en aquellos preventivos de la misma". En el periodo de 2009 a 2012 las autoridades de salud locales citaron a 17,699 personas, de las cuales 73% pertenecen al estado de Baja California Sur (ver tabla 17). Al incluir información sobre las instituciones de salud, se hace más evidente la

incertidumbre bajo la cual operan las diversas autoridades en materia de consumo. Además, se muestra la desproporción del trabajo que hacen las autoridades de procuración de justicia frente al que realizan las autoridades de salud, siendo las primeras quienes más reportan casos de consumo y "farmacodependencia". Esto

TABLA 17. DE ESOS FARMACODEPENDIENTES O CONSUMIDORES, A CUÁNTOS SE CITÓ PARA PROPORCIONARLE ORIENTACIÓN Y CONMINARLO A TOMAR PARTE EN LOS PROGRAMAS CONTRA LA FARMACODEPENDENCIA O PREVENTIVOS

Consumidores citados			
Baja California Sur	12,907	Durango	15
Guanajuato	953	Sinaloa	14
Puebla	793	Chihuahua	11
Jalisco	739	Aguascalientes	4
Chiapas	546	Campeche	0
Morelos	343	Colima	0
Oaxaca	269	Guerrero	0
Michoacán	254	Hidalgo	0
Baja California	217	México	0
Distrito Federal	193	Nayarit	0
Querétaro	129	Nuevo León	0
Coahuila	84	Quintana Roo	0
Zacatecas	61	Sonora	0
San Luis Potosí	55	Tabasco	0
Tlaxcala	55	Tamaulipas	0
Veracruz	27	Yucatán	0
Total		17,669	

Fuente: Elaborada con información pública otorgada por las autoridades de salud locales en diversas solicitudes de información.

hace evidente el enfoque punitivo en política de drogas que existe en el país. Nuevamente, los datos muestran que a tres años de aprobada la Ley General de Salud, las autoridades federales

–no sólo penales sino también de salud– siguen siendo las principales responsables de tratar los casos en materia de tratamiento y prevención de consumo de drogas ilícitas.

VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

A pesar de que el consumo de sustancias ilícitas no es un delito, la respuesta del Estado mexicano ante el consumo de sustancias ilícitas ha sido la de criminalizar y marginar a los consumidores de drogas ilícitas. Así, como se muestra en este texto, un número considerable de personas han quedado bajo la esfera de actuación del derecho penal y sus instituciones –ya sea porque fueron detenidas, procesadas o sentenciadas– por consumir. Además, la forma en que está redactada la actual legislación mexicana permite presumir que, de las personas acusadas por posesión, un número se trata de simples consumidores que portaban cantidades superiores a las permitidas por la Ley General de Salud. En otras palabras, las cifras de consumidores criminalizados no se limita al dato de procesados o detenidos por consumo.

Los datos de la Encuesta Nacional de Adicciones y otras fuentes utilizadas sugieren que el número de consumidores en México es considerable –cerca de 1,200,000 personas habían consumido alguna sustancia ilícita en el lapso de un año anterior a la realización de la encuesta–. Cada una de estas personas potencialmente pudo quedar bajo la esfera de actuación del derecho penal y sus instituciones. Esto representa una paradoja importante por varias razones.

Primero, aunque teóricamente la sa-

lud de los consumidores justifica la penalización de los delitos contra la salud, la criminalización de los mismos vulnera, ante todo, su derecho a la salud, ya que los expone a situaciones de riesgo en términos de las sustancias que consumen y las formas y lugares en que lo hacen. Segundo, dadas las características de nuestras instituciones penales que frecuentemente son ligadas a actos arbitrarios, abusos en el uso de la fuerza pública y corrupción (*Human Rights Watch*, 2011),⁹⁴ el estar sujeto a proceso penal representa una posible vulneración de derecho de debido proceso y, para el caso de los consumidores que son detenidos, procesados y sentenciados, una limitación injustificada de la autonomía personal y el derecho a la libertad.

Tercero, varios derechos son vulnerados por la actual política de drogas, incluido el derecho a un proceso conforme a derecho, el derecho al libre desarrollo a la personalidad, a la no discriminación y el derecho a la información.

Cuarto, la evidencia demuestra que la mayoría de los casos de consumo de sustancias hoy consideradas ilícitas no causan daños al consumidor o a terceros. Sólo en algunos casos de consumo problemático son visibles efectos negativos secundarios. No existe, pues, evidencia que justifique la intervención del Estado en la forma que hoy se da.

⁹⁴ Véase Human Rights Watch (2011) y Pérez Correa (2011).

Tampoco existe evidencia que justifique el costo (económico y social) que implica, para las instancias de procuración de justicia y para los consumidores, criminalizar el consumo de sustancias ilícitas.

Quinto, los datos presentados en este texto muestran que las autoridades federales continúan llevando los casos de consumo (y posesión simple), ambos competencia de las autoridades locales. Esto genera incertidumbre jurídica, lo que vulnera, en varios niveles, los derechos de los consumidores. Además, resulta opuesto a la intención de la reforma de narcomenudeo que pretendía liberar recursos de las instituciones penales federales para que éstas se ocuparan de casos de trascendencia nacional. Es, pues, contradictorio que se usen los recursos federales para perseguir una conducta que no se considera delictiva y a personas que, en la mayoría de los casos, no están dañando ni a sí mismos ni a otros. Sobre todo, esto es problemático en el contexto mexicano actual, en el que el secuestro, los homicidios, la extorsión y la violencia contra niños y mujeres azotan al país.

Resulta pues que estamos ante una política de drogas que no sólo no protege a los consumidores sino que usa recursos de forma irracional y desproporcionada. Consideramos que una política de drogas más razonable, proporcional y basada en la protección de los derechos fundamentales de las personas debería tomar en cuenta lo siguiente:

A. La primera intervención del Estado en materia de drogas debe ser la de brindar

información a los consumidores sobre los potenciales daños del consumo y sobre los tratamientos disponibles en caso de requerirlos.

- B. El derecho penal debe ser el último recurso usado y nunca debe ser empleado en casos de consumo y posesión simple o como excusa para proteger la salud. Cuando un consumidor cometa un delito, el Estado debe perseguir y sancionar ese delito pero no por el hecho de que se haya realizado bajo la influencia de alguna droga, sino por el delito mismo.
- C. Al formular la política de drogas, el Estado debe privilegiar la protección de los derechos fundamentales de las personas. En el caso del derecho a la autonomía, esto significa que si un consumidor sabe que alguna sustancia es potencialmente dañina y aun así decide usarla, el Estado no debe intervenir.
- D. Al formular la política de drogas, el Estado debe tomar en cuenta a los consumidores. Esto significa que no puede fijar límites de consumo sin tener en cuenta los usos comunes de los consumidores. En el caso mexicano, esto hace fundamental la revisión de la tabla de orientación de dosis máximas y consumo personal de la Ley General de Salud.
- E. Los límites establecidos en la ley deben ser pisos debajo de los cuales las autoridades no pueden considerar que alguien es comerciante de sustancias ilícitas. Por encima de esos montos, las autoridades deben poder evaluar las circunstancias

- del caso para determinar si se trata de un consumidor o no.
- F. El Estado no puede forzar tratamientos. Sólo cuando un consumidor así lo solicite o cuando la conducta sea involuntaria puede el Estado intervenir haciendo uso de las instituciones de salud y no de las penales.
- G. El Estado debe respetar el principio de oportunidad que señala que se deben perseguir primero los delitos de mayor relevancia para la sociedad antes de perseguir delitos como la posesión simple.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (APA), Frances, A., Pincus, H.A. y First, M.B. (1995). *DSM-IV-TR, Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales IV*. Barcelona: Masson, S.A.
- Arana, X. y Germán, I. (2004). *Delimitación del "status" jurídico del ciudadano consumidor de drogas: propuesta de Carta de Derechos de los Usuarios de Drogas*, País Vasco: Observatorio Vasco de Drogodependencias-EuskoJaur-laritzarenArgitalpenZerbitzuNagusia-Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- Battin, M.P., Luna, E., Limpa, A.G., Gahlinger, P.M., Rollins, D.E., Roberts, J. y Booher T.L. (2008). *Drugs and Justice, Seeking a Consistent, Coherent, Comprehensive View*. Nueva York: Oxford University Press.
- Bewley T., Hallam, C. y Allen R. (2009). *The Incarceration of Drug Offenders: An Overview*. Londres: The Beckley Foundation Drug Policy Programme. Consulta en <http://www.idpc.net/php-bin/documents/Beckley_Report_16_2_FINAL_EN.pdf>.
- Cadena Montoya, J.D. (2012a). Implementación por vez primera en México del modelo corte de drogas. En *Adicciones y grupos específicos: Grupos vulnerables y personas en conflicto con la Ley*. Secretaría de Salud, México: SSA-CONADIC.
- Cadena Montoya, J.D. (2012b). *Tribunal para el Tratamiento de Adicciones, Experiencia "Nuevo León" en la implementación del modelo de Cortes de Drogas*. México: Poder Judicial del Estado de Nuevo León. Consulta en: <http://imca.mx/pdfs/9.1Lic.%20Jesus%20Demetrio%20Cadena%20Montoya.pdf>.
- Código Penal Federal.**
- Código Procesal Penal para el Estado de Nuevo León.
- Colectivo por una Política Integral Hacia las Drogas, A.C. (CUPIHD) (2012). *Primera Encuesta de Usuarios de Drogas Ilegales en la Ciudad de México*. México: CUIPHD.
- Comisión Asesora para una política de drogas en Colombia (2013). *Lineamientos para una política pública frente al consumo de drogas*. Bogotá: Comisión Asesora para una política de drogas en Colombia. Consulta en: http://www.odc.gov.co/docs/publicaciones_nacionales/Lineamientos%20politica%20publica%20drogas.pdf.
- Comisión Global de Política de Drogas (2011). *Guerra contra las Drogas, Informe de la Comisión Global de Política de Drogas*. Consulta en: http://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/themes/gcdp_v1/pdf/Global_Commission_Report_Spanish.pdf.

- Drug Policy Alliance (2011). *Drug Courts are not the Answer: Towards a health centered approach to Drug Use*. EUA: Drug Policy Alliance.
- Foddy, B. y Savulescu, J. (2010). The liberal account of addiction. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 17(1), The Johns Hopkins University Press.
- Hoffman, M.B. (2000). The Drug Court Scandal. *North Carolina Law Review*, 78(5), pp. 1437-534.
- Human Rights Watch (2011). *Neither Rights Nor Security Killings, Torture, and Disappearances in Mexico's "War on Drugs"*. EUA: HRW. Consulta en http://www.hrw.org/sites/default/files/reports/mexico1111webwcover_0.pdf.
- Husak, D. (1989). Recreational Drugs and Paternalism. *Law and Philosophy*, 8(3), pp. 353-381.
- INFOMEX, Sistema de Acceso a la Información Pública.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2010). *Censo de Población y Vivienda 2010*. México: INEGI.
- Izazola Licea, S.E., Labastida Díaz, A., y Villanueva Castilleja, R. (1998). La situación actual del VIH/SIDA en prisiones en México: Identificación de prácticas útiles. En Izazola Licea, J.A. e Izazola Licea, S.E. (eds.), *Estudios de caso de prácticas adecuadas sobre VIH/SIDA en prisiones de América Latina*. México: Fundación Mexicana para la
- Salud-Instituto Mexicano de Prevención del Delito e Investigación Penitenciaria.
- Labate, B. y Ruiz, P. (2014, por publicarse). Midiendo el uso de drogas ilegales en México: reflexiones sobre las encuestas nacionales de adicciones y una encuesta independiente. *Monitor de Política de Drogas*. México: CIDE.
- Ley General de Salud.**
- Ley que Crea los Consejos Tutelares para Menores Infractores del Distrito y Territorios Federales.
- Madrazo A. (2010). Drogas y derecho a la Salud. En Vázquez, R. (comp.), *¿Qué hacer con las drogas?*, México: Fontamara.
- Miller, E.J. (2004). Embracing Addiction: Drug Courts and the False Promise of Judicial Interventionism. *Ohio State Law Review*, 66, pp. 1479-1576.
- Mitchell, C.N. (1990). *The Drug Solution: Regulating Drugs According to Principles of Efficiency, Justice and Democracy*. Canada: Carleton University Press.
- Méndez, J.E. (2013). Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes. Nueva York: Naciones Unidas, Asamblea General. Consulta en: http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session22/A-HRC-22-53_sp.pdf.

Norma Oficial Mexicana 028-SSA2-2009.

Nutt, D., King, L., Saulsbury W. y Blakemore Colin (2007). Development of Rational Scale to Assess the harm of Drugs of Potential Misuse. *The Lancet*, vol. 369, pp. 1047-1053.

Organización Mundial de la Salud y Programa Conjunto de las Naciones Unidas, sobre el VIH/SIDA (2007). *VIH/SIDA: Prevención, Atención, Tratamiento y Apoyo en el Medio Carcelario Marco de acción para una respuesta nacional eficaz*. Nueva York: OMS-ONUSIDA.

Ortiz, A., Martínez, R. y Meza, D. (2012). *Grupo interinstitucional para el desarrollo del Sistema de Reporte de Información en Drogas. Resultados de la Aplicación de la Cédula: "Informe Individual sobre Consumo de Drogas"*. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

Pérez Correa, C. (2011). De la Constitución a la prisión: derechos fundamentales y sistema penitenciario. En Carbonell, M. y Salazar, P., *La reforma constitucional de derechos humanos: un nuevo paradigma*. México: Instituto de Investigaciones Jurídicas, UNAM.

Pérez Correa, C. Alonso, F. y Silva K. (2013). *La reforma en materia de narcomenudeo: seguimiento de los cambios legislativos e institucionales*. México: CIDE. Consulta en <http://www.cide.mx/dts.php?d=4>.

Pérez Correa, C. y Azaola, E. (2012). *Resultados de la Primera Encuesta Realizada a Población*

Interna en Centros Federales de Readaptación Social. México: CIDE.

Pérez Correa, C. y Meneses, R. (2014, por publicarse), La guerra contra las drogas y el procesamiento penal de los delitos de drogas 2006-2012, Cuadernos de Trabajo, Programa de Política de Drogas, México: CIDE.

PJENL (Poder Judicial del Estado de Nuevo León) (2013a), *Tribunal para el Tratamiento de Adicciones 1ª Generación*, México: PJENL.

PJENL (Poder Judicial del Estado de Nuevo León) (2013b), *Tribunales para el Tratamiento de Adicciones, Estadísticas diciembre 2013*, México: PJENL. Consulta en: <http://www.pjenl.gob.mx/ConsejoJudicatura/tta/estadisticas2013.html> [última consulta: enero, 2013].

Raphael, R. (coord.) (2012). *Reporte sobre la discriminación en México, 2012*. México: CONAPRED.

Reinarman, C., Waldorf, D., Murphy, S.B. y Levine H.G. (1997). Contingent Call of the Pipe: Binging and Addiction Among Heavy Cocaine Smokers (77-97). En Reinarman, C. y Levine H. (eds.), *Crack in America: Demon Drugs and Social Justice*. California: University of California Press.

Secretaría de Salud (2007). *Programa Nacional de Salud 2007-2012, Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud*. México: SSA.

Secretaría de Salud (2013). *Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SIS-VEA). Informe 2012*. México: SSA.

SSA-INP (Secretaría de Salud e Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz) (2012). *Encuesta Nacional de Adicciones 2011*. México: SSA-INP.

Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública (2012). *Incidencia delictiva nacional, Fuero Federal*. México: SESNSP. Consulta en: http://www.secretariadoejecutivosnsp.gob.mx/en/SecretariadoEjecutivo/Incidencia_Delictiva_Nacional_fuero_federal_ [última consulta: marzo, 2013].

Silva Forné, C., Pérez Correa, C. y Gutiérrez Rivas, R. (2012). Uso de la fuerza letal. Muertos, heridos y detenidos en enfrentamientos de las fuerzas federales con presuntos miembros de la delincuencia organizada. *Desacatos, Revista de Antropología Social*, 40, pp. 47-64.

Tena Tamayo, C. (2011). *Modelos de justicia alternativa para personas con adicciones en México*. Washington: Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas CICAD.

Consulta en: <http://www.cicad.oas.org/apps/Document.aspx?Id=1238>.

Transnational Institute (TNI) y Washington Office on Latin America (WOLA). (2010). *Sistemas Sobrecargados, Leyes de Drogas y Cárceles en América Latina*. Buenos Aires: TNI, WOLA.

Villatoro, J., Moreno, M., Oliva, N., Fregoso, D., Bustos, M., Fleiz, C., Mujica, R., Mendoza, M.A., López, M.A y Medina-Mora, M.E. (2013). *Consumo de Alcohol, Tabaco y otras Drogas en la Ciudad de México. Medición 2012*. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz-Instituto para la Atención y la Prevención de las Adicciones-Administración Federal de los Servicios Educativos para el Distrito Federal. Consulta en: http://www.iapa.df.gob.mx/wb/iapad/encuesta_estudiantes_2012 [consulta 23 de septiembre de 2013].

Zepeda Lecuona, G. (2004). *Crimen sin castigo*. México: Fondo de Cultura Económica.

Zepeda Lecuona, G. (2010). *¿Cuánto cuesta la prisión sin condena? Costos económicos y sociales de la prisión preventiva en México*. México: Open Society Justice Initiative.

ANEXO.

PREGUNTAS QUE SE REALIZARON EN LAS SOLICITUDES DE INFORMACIÓN REALIZADAS A LAS AUTORIDADES

A la Procuraduría General de la República:

Esta dependencia, en la solicitud con folio 0001700095613 brindó información relacionada con: "Las resoluciones de no ejercicio de la acción penal que han sido emitidas desde 2009 a consumidores y/o farmacodependientes de acuerdo al artículo 478 de la Ley General de Salud, así como de personas que han iniciado y concluido tratamiento forzoso con base en el artículo 193 Bis de la Ley General de Salud. En relación con dicha información, requiero saber el número de personas que han sido detenidas por consumo de drogas del año 2009 a lo que va de 2013 (aunque se haya dictado posteriormente el No Ejercicio de la Acción Penal o el tratamiento forzoso). Dicha información la solicito desagregada por año".

Asimismo, se le solicitó "la información relativa a averiguaciones previas iniciadas y consignadas por consumo de narcóticos, y cuántas de ellas fueron con detenido y cuántas sin detenido".

A las Procuradurías de justicia locales:

La información requerida en las solicitudes de información fue textualmente la siguiente: "a)

Número de resoluciones de no ejercicio de la acción penal emitidas por esta dependencia a farmacodependientes y consumidores, de acuerdo al artículo 478 de la Ley General de Salud, de 2009 a 2012; b) de esos farmacodependientes y consumidores, a cuántos se les informó la ubicación de las instituciones o centros para el tratamiento médico o de orientación para la prevención de la farmacodependencia y, c) ¿cuántos farmacodependientes o consumidores han tomado tratamiento forzoso, con base en el artículo 193 Bis de la Ley General de Salud?".

Asimismo se solicitó el "Número de detenidos por consumo de narcóticos, desagregada por año, de 2007 a 2012".

A los Tribunales de justicia locales:

Se solicitó el "Total de personas sentenciadas por consumo de narcóticos. De esas, cuántas fueron sentencias condenatorias 2007-2009".

Secretaría de Salud-CENADIC

La pregunta textual de la solicitud fue: "a) Número de resoluciones recibidas por parte del Ministerio Público, de no ejercicio

de la acción penal a farmacodependientes y consumidores, de acuerdo al artículo 478 de la Ley General de Salud. Esta información la requiero desagregada por año, de 2009 a 2012. b) De esos farmacodependientes o consumidores, a cuántos se citó para proporcionarles orientación y conminarlo a tomar parte en los programas contra la farmacodependencia o preventivos”.

Autoridades de salud locales

Se solicitó el “Número de resoluciones reci-

bidadas por parte del Ministerio Público de No Ejercicio de la Acción Penal a farmacodependientes y consumidores, de acuerdo al artículo 478 de la Ley General de Salud. Esta información la requiero desagregada por año, de 2009 a 2012”.

Asimismo, se solicitó “De esos farmacodependientes o consumidores, a cuántos se citó para proporcionarles orientación y conminarlo a tomar parte en los programas contra la farmacodependencia o preventivos”.



Este Cuaderno de Trabajo *El Estado frente al consumo y los consumidores de drogas ilícitas en México* se terminó de imprimir en junio de 2014, en los talleres de Impresos Minerva, en Av. Independencia No. 126, Aguascalientes, Ags., México. El tiraje consta de 300 ejemplares.

El diseño gráfico lo realizó Armín Cortés. Punto y Aparte Mercadotecnia desarrolló la página [www. politicadedrogas.net](http://www.politicadedrogas.net)

El Estado frente al consumo y los consumidores de drogas ilícitas en México

Respecto a los datos de la Encuesta Nacional de Adicciones y otras fuentes utilizadas sugieren que el número de consumidores en México es considerable –cerca de 1,200.000 personas habían consumido alguna sustancia ilícita en el lapso de un año anterior a la realización de la encuesta–. Cada una de éstas potencialmente pudo quedar bajo la esfera de actuación del derecho penal y sus instituciones.

Ante ese panorama, *El Estado frente al consumo y los consumidores de drogas ilícitas en México*, de Catalina Pérez Correa y Karen Silva Mora, evidencia la ausencia de información sobre el consumo de sustancias ilícitas en México y sobre el tratamiento que las autoridades tienen del mismo, especialmente en el ámbito de los estados y en materia de salud, lo cual indica opacidad u omisión en el trato al consumo de drogas ilícitas y consumidores. En todo caso, las omisiones implican incertidumbre jurídica para los consumidores, la criminalización que favorece su marginación y la transgresión de sus derechos fundamentales, incluidos el derecho a la autonomía, a la no discriminación, a la salud, a la información y al debido proceso. Significa también el gasto de recursos institucionales para el procesamiento penal de consumidores. Esto hace evidente el enfoque punitivo en política de drogas que existe en el país.

Cuadernos de Trabajo del Programa de Política de Drogas:

La presente colección de cuadernos de trabajo del Programa de Política de Drogas del Centro de Investigación y Docencia Económicas (CIDE) Región Centro tiene como objetivo principal recopilar la información existente sobre la política de drogas en México durante el sexenio de Felipe Calderón (2006-2012), revisando las estadísticas disponibles, los cambios en el marco legal y los programas gubernamentales existentes con el fin de hacer recomendaciones de política al gobierno entrante. Asimismo, busca, desde una perspectiva objetiva, entender mejor la situación en la que se encuentra el país actualmente en la materia, las deficiencias existentes, las lecciones aprendidas, las políticas exitosas, los fracasos y las posibles oportunidades de mejora.

