

Durante el siglo xx y hasta hoy en día, la amapola ha sido una flor característica de las serranías mexicanas. Su cultivo ilícito ha permitido la producción de opio para la fabricación de la heroína que se consume al norte de la frontera de México y Estados Unidos. En años recientes, no obstante, el mercado de las drogas entró en una crisis con la llegada de opioides sintéticos —como el fentanilo— que desplazaron a las sustancias de origen vegetal, provocaron una pandemia en Estados Unidos e hicieron desplomarse el precio del opio mexicano. El presente libro toma esta crisis como una oportunidad de estudio para explorar, desde un enfoque interdisciplinario, el cultivo ilícito de la amapola y su relación con el Estado, el régimen prohibicionista, las comunidades cultivadoras, los sistemas productivos y los mercados de consumo.

Huyendo de las generalizaciones, lo hace sin tabúes a partir de las vivencias de quienes cultivan, trafican y consumen una droga que ha sido vista como un mal que debe combatirse, pero también como una tradición cultural, una estrategia de resistencia o una forma de supervivencia. En este sentido, lo que los diferentes capítulos reúnen es una perspectiva crítica que busca reemplazar el paradigma prohibicionista —mismo que ha reducido las drogas ilegales a una materia de seguridad— por una visión alternativa que considere el tema, ante todo, como un asunto de producción agrícola para las regiones cultivadoras y de salud pública para las personas consumidoras.

ISBN: 978-607-564-402-8

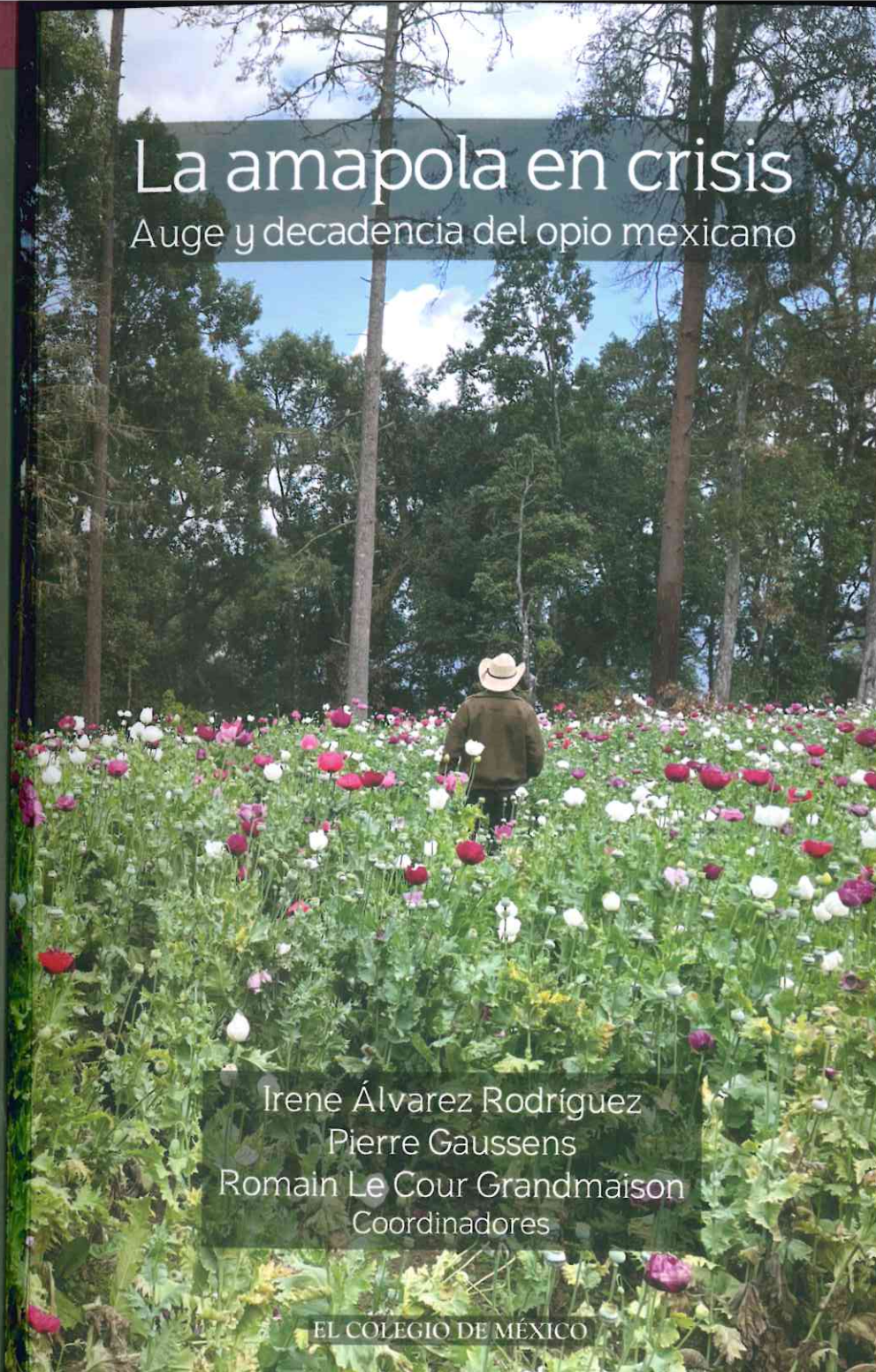


La amapola en crisis

Auge y decadencia del opio mexicano

Irene Álvarez Rodríguez
Pierre Gaussens
Romain Le Cour Grandmaison
Coordinadores

EL COLEGIO DE MÉXICO



LA AMAPOLA EN CRISIS

Auge y decadencia del opio mexicano

LA AMAPOLA EN CRISIS
Auge y decadencia del opio mexicano

IRENE ÁLVAREZ RODRÍGUEZ
PIERRE GAUSSENS
ROMAIN LE COUR GRANDMAISON

Coordinadores

CENTRO DE ESTUDIOS SOCIOLÓGICOS



EL COLEGIO DE MÉXICO

363.450972

A484

La amapola en crisis : auge y decadencia del opio mexicano / Irene Álvarez Rodríguez, Pierre Gaussens, Romain Le Cour Grandmaison, coordinadores. – 1ª ed. – Ciudad de México : El Colegio de México, Centro de Estudios Sociológicos, 2022.

363 p. ; 26 cm.

Obra derivada del coloquio: "Las crisis del mercado de amapola / heroína: perspectivas locales sobre un problema global", organizado por el Centro de Estudios Sociológicos de El Colegio de México, los días 17 y 18 de noviembre de 2020.

ISBN 978-607-564-402-8

1. Opio – Comercio – México. 2. Opio – Historia – México. 3. Heroína – México. 4. Control de drogas y narcóticos – Política gubernamental – México. 5. Control de drogas y narcóticos – Aspectos sociales – México. 6. Control de drogas y narcóticos – Aspectos económicos – México. 7. Consumo de opio – México. 8. Abuso de drogas – México. 9. Tráfico de drogas – México. 10. Drogas sintéticas – México. 11. Fentanilo – México I. Álvarez Rodríguez, Irene, coord. II. Gaussens, Pierre, coord. III. Le Cour Grandmaison, Romain, coord. IV. Coloquio Las Crisis del Mercado de Amapola / Heroína : Perspectivas Locales sobre un Problema Global (2020 : Ciudad de México).

Primera edición, 2022

DR © El Colegio de México, A.C.
Carretera Picacho Ajusco No. 20
Ampliación Fuentes del Pedregal
Alcaldía Tlalpan
C.P. 14110
Ciudad de México, México
www.colmex.mx

ISBN 978-607-564-402-8

Impreso en México

ÍNDICE

Introducción. Amapola, heroína e incertidumbre:	
governar mediante la guerra contra las drogas	
<i>Romain Le Cour Grandmaison</i>	13
Una breve historia del opio mexicano	17
El Estado frente a la amapola: las campañas	
militares	18
Los márgenes del opio	20
Integraciones sociales negociadas y cultivos	
ilícitos	22
Amapola y violencia	24
Economías amapoleras	25
Mercados ilícitos incrustados	27
Un asunto de salud pública	30
Amapola y academia	34
La (de)construcción de un problema público	36
Fuentes bibliográficas	39

PRIMERA PARTE

LA AMAPOLA EN MÉXICO: PERSPECTIVAS HISTÓRICAS

I. Entre injusticia y violencia: la economía moral del contrabando de amapola en Sinaloa (1938-1944)	
<i>Froylán Enciso e Irene Álvarez Rodríguez</i>	47
Apuntes sobre la economía moral	48
Conflicto en la sierra de Sinaloa	51

Algunos comentarios finales	60
Fuentes bibliográficas	61
 II. Prohibicionismo y amapola en Guerrero en la década de 1970: un análisis desde la perspectiva de la historia global	
<i>Juan Camilo Pantoja García</i>	65
Introducción	65
De la “conexión francesa” a la “conexión mexicana”	68
México frente a la política de control de drogas de los Estados Unidos	72
La materialización de la guerra contra las drogas en Guerrero (1969-1980)	76
Conclusión	87
Fuentes bibliográficas	90

SEGUNDA PARTE
EL PROHIBICIONISMO
EN PERSPECTIVA CRÍTICA

III. Milagro agrícola y prohibicionismo: el despegue de Sinaloa en el mercado de drogas ilícitas	
<i>Cecilia Farfán Méndez y Jayson Maurice Porter</i>	95
El milagro agrícola de Sinaloa	98
Cambios en el mercado internacional de drogas	107
Conclusiones	112
Fuentes bibliográficas	114
 IV. En nombre de la amapola: erradicación y contrainsurgencia en Guerrero (1990-2019)	
<i>Pierre Gaussens, Irene Álvarez Rodríguez y Paul Frissard Martínez</i>	117
Introducción	117
Hipótesis	120

Estrategia metodológica	124
Resultados	130
Atoyac: el florecimiento de las guerrillas	135
Ayutla: otra matanza, otra guerrilla, mismos efectos	142
Conclusiones	149
Fuentes bibliográficas	150

TERCERA PARTE
LA CRISIS DEL FENTANILO:
PERSPECTIVAS DE SALUD
AL NORTE Y AL SUR DE LA FRONTERA

V. El fentanilo y su impacto a la salud: perspectiva desde la crisis al norte de la frontera	
<i>David Goodman-Meza y Jaime Arredondo Sánchez Lira</i>	157
Introducción	157
Las olas de mortalidad en los Estados Unidos	158
Daños colaterales	162
Medidas para el control de la epidemia	164
Últimos pensamientos	168
Fuentes bibliográficas	170
 VI. Muertes invisibles. Del subregistro oficial al registro comunitario de muertes por sobredosis en México (1998-2020)	
<i>Angélica Ospina-Escobar, María Elena Ramos Rodríguez, María Gisela Zambrano y Julián Rojas Padilla</i>	175
El uso de opiáceos en México	179
Mortalidad por uso de opiáceos en México (1998-2018)	181
Morbilidad asociada al uso de opiáceos en México (2011-2020)	183

Barreras de acceso al registro de sucesos por sobredosis	189
Estrategias comunitarias de registro de muertes por sobredosis: el caso del Programa Compañeros en Ciudad Juárez	194
La estrategia comunitaria de prevención de sobredosis en Ciudad Juárez	195
Comentarios finales	205
Fuentes bibliográficas	208

CUARTA PARTE
LAS COMUNIDADES PRODUCTORAS:
PERSPECTIVAS ETNOGRÁFICAS
Y AMBIENTALES

VII. El fetichismo de la amapola en la Montaña de Guerrero: ¿regulación o barbarie?	
<i>Inés Giménez Delgado</i>	215
Introducción	215
Marginalidad, abandono estatal y dinámicas de expulsión migratoria	218
El maíz-bola como medio de subsistencia: un cultivo familiar para la exportación	224
Incursión militar en territorio comunitario	230
Los discursos de la economía moral de la siembra	236
Conclusiones	239
Fuentes bibliográficas	242

VIII. "Ya los jóvenes son maestros pa' la raya": amapola, economía e identidad indígena en la sierra de Nayarit	
<i>Nathaniel Morris</i>	247
Introducción	247

Historia, economía y el costumbre náayari	251
Estado, dinero y la identidad náayari en el México posrevolucionario	256
El cultivo de amapola en México y su llegada a la sierra del Nayar	260
La amapola, el Estado y los nuevos desafíos a la autonomía náayari	265
Las relaciones contradictorias entre el opio y la identidad náayari	270
La crisis del opio en la sierra del Nayar	275
Conclusiones	279
Fuentes bibliográficas	280

IX. Adaptación al cambio socioambiental en Guerrero: amapola y medio ambiente en la Sierra Madre del Sur	
<i>Bernardo Bolaños Guerra, Xóchilt Itzel Mendoza</i> <i>García y Alfonso Bautista García</i>	285
Introducción	285
La Sierra Madre del Sur como biorregión	288
Introducción y efectos de la amapola en la Sierra Madre del Sur	292
El cambio ambiental en Guerrero	299
El dilema adaptativo: migración, narcotráfico o agroecología	308
Conclusiones	310
Fuentes bibliográficas	313

Comentarios finales. Lo que queda por decir	
<i>Irene Álvarez Rodríguez</i>	321
Materialidades	321
Cadenas productivas	324
Más allá del prohibicionismo	327
Fuentes bibliográficas	330

Epílogo. El opio y la felicidad: producción de amapola en Kazajistán y Kirguistán soviéticos	
<i>Soledad Jiménez Tovar</i>	333
El pueblo del antiguo retorno al retorno:	
los dunganos	339
Los dunganos y el opio.	343
El opio y la felicidad.	347
Opio socialista, opio soviético: el opio del pueblo.	350
La guerra santa: el opio capitalista	352
Fuentes bibliográficas.	353
Sobre las y los autores	357

INTRODUCCIÓN

*Amapola, heroína e incertidumbre:
gobernar mediante la guerra contra las drogas*

ROMAIN LE COUR GRANDMAISON

La amapola estuvo buena desde los años ochenta más o menos. Y se puso muy buena hace como diez o quince años, quizá. El precio estaba bueno. No te digo que se vivía bien, pero dejaba. Después se cayó todo. Nunca habíamos pensado que se podía caer el precio.¹

Tal y como lo refleja esta cita, la reflexión que dio lugar a este libro colectivo parte de la voluntad de analizar los efectos de la caída de los precios de venta de la amapola y de sus derivados (goma de opio y heroína) en México. Esa crisis se observó en las principales zonas de producción del país a partir de 2017. Entre 2018 y 2020, el precio ofrecido a los cultivadores por kilo de goma de opio bajó de manera progresiva, hasta desplomarse. En un lapso de tres años, la caída del valor del opio fue drástica, lo que ocasionó importantes consecuencias socioeconómicas para las poblaciones productoras en los estados de Guerrero, Oaxaca y Nayarit, así como en la zona comprendida entre Sinaloa, Durango y Chihuahua, conocida como el Triángulo Dorado (Snapp-Valderrabano, 2021; Felbab-Brown, 2020; Le Cour Grandmaison *et al.*, 2019).

Los factores que determinan el precio de la goma de opio son diversos. Tienen que ver con una combinación de dinámicas,

¹ Entrevista realizada por el autor en el municipio de Heliodoro Castillo, Guerrero, en 2019.

- ocregister.com/2019/10/25/court-decision-means-needle-exchange-program-cant-operate-in-orange-county/>.
- Rosenstein, R. (2018). Fight Drug Abuse, Don't Subsidize It. En: <<https://www.nytimes.com/2018/08/27/opinion/opioids-heroin-injection-sites.html>>.
- Stone, A. C., J. J. Carroll, J. D. Rich y T. C. Green (2020). "One Year of Methadone Maintenance Treatment in a Fentanyl Epidemic Area: Safety, Repeated Exposure, Retention, and Remission". *Journal of Substance Abuse Treatment*, 108031.
- Strathdee, S. A. y C. Beyrer (2015). "Threading the Needle-How to Stop the HIV Outbreak in Rural Indiana". *New England Journal of Medicine*, 373 (5): 397-399.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2019). 2018 National Survey on Drug Use and Health: Methodological Summary and Definitions.
- Tyndall, M. W. et al. (2006). "Attendance, Drug use Patterns, and Referrals Made from North America's first Supervised Injection Facility". *Drug and Alcohol Dependence*, 83 (3): 193-198.
- Villatoro, J. et al. (2012). "El consumo de drogas en México: Resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones, 2011". *Salud Mental*, 35 (6): 447-457.
- Wakeman, S. E. et al. (2019). "Impact of Fentanyl Use on Buprenorphine Treatment Retention and Opioid Abstinence". *Journal of Addiction Medicine*, 13 (4): 253-257.
- Wejnert, C. et al. (2016). "Vital Signs: Trends in HIV Diagnoses, Risk Behaviors, and Prevention Among Persons who Inject Drugs-United States". *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 65 (47): 1336-1342.
- Wilson, N. (2020). "Drug and Opioid-involved Overdose Deaths-United States, 2017-2018". *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*, 69.
- Wurcel, A. G. et al. (2016). "Increasing Infectious Endocarditis Admissions Among Young People who Inject Drugs". *Open Forum Infectious Diseases*, 3 (3): ofw157.

VI. MUERTES INVISIBLES

*Del subregistro oficial al registro comunitario
de muertes por sobredosis en México (1998-2020)*

ANGÉLICA OSPINA-ESCOBAR

MARÍA ELENA RAMOS RODRÍGUEZ

MARÍA GISELA ZAMBRANO

JULIÁN ROJAS PADILLA

El aumento de las muertes por sobredosis asociadas al uso de opiáceos, que desde inicio del milenio se registra en los Estados Unidos,¹ no ha tenido un eco importante en este lado de la frontera. En México, el discurso mediático alrededor de los opiáceos se ha centrado en posicionar la letalidad del fentanilo y en mostrar, desde 2016, el aumento en los decomisos de esta sustancia por parte de las autoridades.² Sin embargo, este discurso no se ha

¹ Existe un consenso en los análisis de la denominada crisis de los opiáceos en los Estados Unidos, en torno a tres momentos clave en el desarrollo de la epidemia de muertes por sobredosis. Un primer momento, a partir del 2000, fue caracterizado por el aumento constante en la mortalidad asociada al uso de opiáceos naturales y semisintéticos; un segundo momento, caracterizado por el aumento en la mortalidad desde 2010, asociada al uso de la heroína, y un tercer momento a partir de 2013 por uso de opiáceos sintéticos (Hedegaard, Miniño y Warner, 2020; O'Donnell, Gladden y Seth, 2017; Seth et al., 2018).

² Puesto que en México no hay forma de identificar el tipo de opiáceo asociado a la causa de morbilidad, en este texto usaremos de manera indistinta los términos *opiáceos* y *opioides*. El primero se refiere al origen de la sustancia con respecto al opio; es decir, son sustancias que se extraen de la cápsula de la planta del opio (morfina, codeína, tebaina, oxiconona, hidrocodona, entre otras). El término *opioides* se utiliza para referirse a cualquier sustancia sintética o semisintética que tiene un efecto análogo al de la morfina (heroína, fentanilo, buprenorfina, metadona, entre otros) (Álvarez y Farré, 2005).

acompañado de una divulgación sobre la situación de muertes por sobredosis a causa de la introducción de esta nueva sustancia en los mercados de drogas ilegales. Tampoco existe hasta el momento un análisis de los registros oficiales de sobredosis fatales y no fatales en México, que permita pensar cómo los cambios en el mercado de la heroína y la introducción del fentanilo han afectado las condiciones de salud de las personas usuarias de opiáceos. En respuesta a este vacío de información, este texto tiene tres objetivos: en primer lugar, analizar las tendencias en el registro oficial de sucesos fatales y no fatales de sobredosis por uso de opiáceos entre 2000 y 2019; en segundo lugar, documentar posibles fuentes de subregistro de esos acontecimientos a partir de la experiencia de trabajo de campo con personas que se inyectan drogas en Ciudad Juárez, y, en tercer lugar, proponer una alternativa de vigilancia comunitaria de sucesos de sobredosis en respuesta al evidente subregistro que encontramos en la revisión de los datos.

El registro preciso de las causas de muerte y enfermedad es clave para comprender las dinámicas demográficas y para diseñar las políticas de salud pública. Los registros permiten identificar cambios en las maneras en la que las personas enferman y mueren; además, permiten comparar la situación de salud entre distintas unidades geográficas y tienen el potencial de orientar las decisiones en materia de políticas de salud pública, en cuestiones como el control sanitario, la regulación de medicamentos, la atención médica, el control ambiental, la atención especializada a grupos poblacionales específicos, entre otras (Tabutin, 1997).

En este sentido, no contar con un registro apropiado de sucesos fatales y no fatales de sobredosis por uso de opiáceos no sólo limita la respuesta de salud pública al respecto, sino que da cuenta, además, de la poca visibilidad que tienen las personas usuarias de esas sustancias en el país. Esta invisibilidad se traduce en el desamparo institucional en el que viven y mueren, teniendo como causa y consecuencia la falta de acceso a servicios públicos de atención a la salud y a la salud mental en general, y al uso de sustancias en particular. Por ello, partimos de un análisis sobre

los registros de sucesos fatales y no fatales de sobredosis, para proponer una perspectiva de salud pública como necesaria para analizar los cambios en las dinámicas de los mercados locales de drogas, en particular con la llegada de fentanilo a México y con sus efectos en las condiciones de salud y muerte de las personas usuarias de heroína.

El texto está organizado en dos grandes secciones. En la primera parte describimos las tendencias de uso de opiáceos en México, reseñamos las fuentes de datos disponibles para analizar los sucesos de sobredosis asociadas al uso de esas sustancias, y describimos la evolución diacrónica y geográfica de los indicadores de morbilidad asociados al uso de opiáceos entre 2000 y 2019. Para analizar los datos oficiales de sucesos fatales y no fatales de sobredosis, utilizamos los registros de mortalidad, de egresos y de urgencias hospitalarias. Estas tres fuentes de datos usan la clasificación del CIE-10 de causas de muerte y de enfermedad. El análisis que aquí presentamos se centra en la causa F11 del manual de clasificación,³ que corresponde a los trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de opiáceos. Estos datos son públicos y están disponibles en la página internet de la Dirección General de Información en Salud de la Secretaría de Salud.⁴ A partir del análisis de los datos disponibles, analizamos las limitaciones existentes en el país para llevar un registro preciso de sucesos fatales y no fatales de sobredosis que permita realizar una vigilancia epidemiológica de las sobredosis, en particular en contextos con alto volumen de población usuaria de opiáceos que vive en situación de exclusión social.

En la segunda parte del capítulo describimos los resultados de una experiencia piloto de vigilancia comunitaria de sucesos fatales

³ Esta clasificación incluye “una gran diversidad de trastornos, de diferente gravedad y formas clínicas, pero todos atribuibles al uso de una o más sustancias psicoactivas, las cuales pueden o no haber sido prescritas por el médico” (Organización Panamericana de la Salud, 2015: 304).

⁴ En: <http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/BD_Cubos_gobmx.html>.

y no fatales de sobredosis, realizada durante 2020, mediante la organización civil Programa Compañeros, A. C., en Ciudad Juárez. Y es que, ante el desamparo institucional en el que viven, se enferman y mueren las personas con uso problemático de opiáceos, las organizaciones de la sociedad civil que implementan servicios de reducción de riesgos y daños cumplen un papel fundamental para acercar los servicios de salud que ellas necesitan, entre éstos, servicios de prevención de sobredosis.⁵ Aprovechando esta cercanía con las personas que usan opioides y sus experiencias de sobredosis, proponemos que las mismas organizaciones y las personas usuarias sean consideradas actores claves de vigilancia epidemiológica, lo que permitiría construir miradas más comprehensivas en torno a los factores sociales, culturales y políticos que incrementan los riesgos de sobredosis en esta población.

Esta construcción de los datos de salud-enfermedad-muerte de poblaciones específicas, mediante procesos de investigación-acción con las mismas comunidades, se conoce como etnoepidemiología (Almeida-Filho, 2020). Se trata de una metodología de investigación que combina los métodos tradicionales de medición epidemiológica —basados en registros oficiales— con el trabajo etnográfico para comprender los significados y contextos sociales asociados a los padecimientos de salud (Almeida-Filho, 2020). En el caso de este estudio, esta metodología permite posicionar una perspectiva de salud pública orientada a promover la salud y el bienestar en las personas usuarias de opiáceos y en sus comunidades, a partir de un conocimiento respecto de cómo enfrentan las experiencias de sobredosis. Esta perspectiva se enfoca en promover procesos de intervención en los entornos vitales de

⁵ La reducción de daños representa acciones políticas, programas y proyectos que buscan promover la salud de las personas que, por diversas condiciones, no quieren o no pueden dejar de usar sustancias dañinas y suelen tener una base comunitaria de intervención y acercamiento antropológico a la población con miras a establecer relaciones de cooperación que permitan no sólo consolidar la estrategia de intervención, sino también propiciar la participación de la misma población en estrategias de promoción de la salud.

las personas, al favorecer el control de los individuos y grupos sobre las variables que condicionan su salud (Romaní, 2019). Por ello, para nosotras no es suficiente describir las tendencias de los datos sobre sobredosis fatales y no fatales, sino que apostamos a construir estrategias analíticas que nos permitan comprender los factores sociales y comunitarios que, junto con condiciones socioeconómicas y políticas, incrementan los riesgos de ciertas poblaciones de morir por sobredosis asociadas al uso de opiáceos.

En la tercera y última parte, se concluye con un análisis sobre cómo la falta de una política pública de reducción de riesgos y daños asociados al uso de sustancias así como el hincapié puesto en la abstinencia como única alternativa frente al uso problemático de sustancias significan para muchas personas una condena de muerte; muertes que, además, son invisibles, pues no aparecen en los registros oficiales y, por tanto, no ameritan respuestas de salud pública, conformando así un círculo perverso de negligencia institucional. En este contexto, las estrategias comunitarias de registro de sucesos de sobredosis resultan fundamentales no sólo para visibilizar las condiciones de salud, enfermedad y muerte de las personas con uso problemático de opiáceos, y cómo los cambios en los mercados locales de drogas ilegalizadas repercuten en esas condiciones, sino también para diseñar respuestas locales de salud pública que, por un lado, permitan hacer frente de manera oportuna a las cambiantes dinámicas de los mercados locales de drogas ilegalizadas y, por el otro, sitúen a las personas usuarias como agentes de cambio en sus comunidades.

EL USO DE OPIÁCEOS EN MÉXICO

El uso de opiáceos en México es un fenómeno acotado y relativamente estable que, según los datos sobre uso de sustancias disponibles, se focaliza en estados de la frontera norte del país. Desde 1990, la demanda de atención por uso de heroína empezó a incrementarse de manera importante, en particular en las ciudades

fronterizas del norte. En 1994, 13.3% de las personas atendidas en los Centros de Integración Juvenil (CIJ)⁶ reportó la heroína como principal droga de uso; en 1999, el porcentaje ascendió a 44%. En comparación, en ciudades no fronterizas, estas proporciones oscilaban entre 1.6 y 7.4% (Rojas *et al.*, 2011). En 2000, una encuesta realizada en población privada de su libertad en Tijuana y Ciudad Juárez encontró una prevalencia en el uso de sustancias inyectadas de 37 y 24% respectivamente, de las cuales 92% correspondía a inyección de heroína, 36% con inhalación de cocaína y 46% con cocaína y heroína juntas (Pollini *et al.*, 2009).

En el ámbito nacional, el reporte de uso de heroína pasó de 0.01% en 1988 a 0.2% en 2008, nivel que se mantuvo estable hasta 2017, con Baja California y Chihuahua como los estados con las prevalencias más altas del país: 0.3 y 0.2% respectivamente (Villatoro *et al.*, 2017). Asimismo, el CIJ reporta que Chihuahua (18%), Baja California (6.2%), Oaxaca (3.6%), Guerrero (2.7%), Puebla (2.6%) y Sonora (1.4%) son los estados con los porcentajes más altos de casos que registran heroína como principal droga de uso (CIJ, 2018). En 2015, se estimó la existencia de unos 141 690 usuarios de opiáceos inyectables y no inyectables en todo el país (Censida, 2016), de los cuales casi la mitad (44%) residía en las ciudades de Tijuana, Ciudad Juárez, Hermosillo y Guadalajara (Censida, 2010).

A diferencia de los países de Norteamérica, en México hay uso limitado de opiáceos de prescripción médica⁷ por razones estructurales como los altos costos de esos medicamentos, las dificultades de los médicos para obtener los permisos necesarios para prescribirlos y cierta resistencia cultural de las y los mexicanos

⁶ Los Centros de Integración Juvenil son una institución pública descentralizada que hace parte de la Secretaría de Salud y ofrece servicios de prevención y atención al uso problemático de sustancias y que, junto con los Centros de Atención Primaria en Adicciones (UNEME-CAPA) son los principales bastiones de la atención pública en materia de uso problemático de sustancias en México.

⁷ Por ejemplo, la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT, 2016-2017) muestra un decremento en el uso de estos medicamentos en la población general, que pasó de 0.2 a 0.1% entre 2011 y 2016.

a usar medicamentos contra el dolor (Goodman-Meza *et al.*, 2019). Sin embargo, se observa un incremento en el uso de estimulantes sintéticos como las metanfetaminas, cuya incidencia acumulada pasó de 0.8 a 0.9% entre 2011 y 2017 en la población general (Villatoro *et al.*, 2017), y se perfila como la cuarta droga de inicio en las trayectorias de consumo y la principal droga de impacto a nivel nacional (CIJ, 2018).

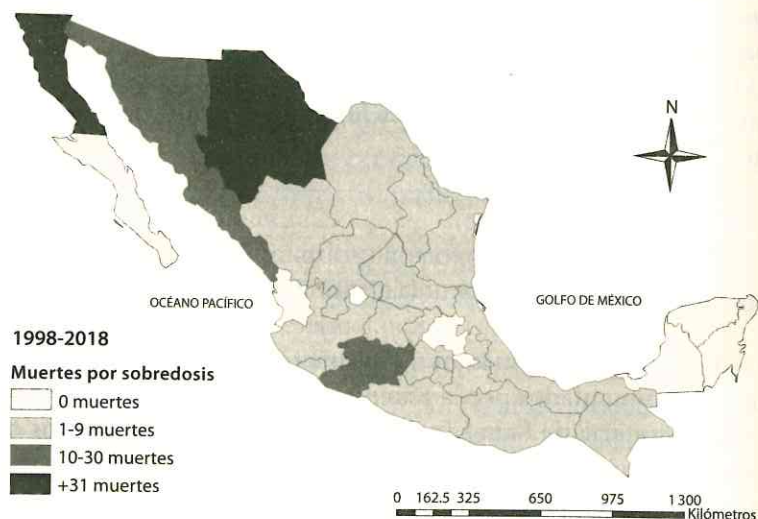
MORTALIDAD POR USO DE OPIÁCEOS EN MÉXICO (1998-2018)⁸

El análisis que presentamos a continuación se basa en los datos oficiales presentados por la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud (DGIS), que a su vez están basados en las causas de muerte asentadas en las actas de defunción. En particular, analizamos las causas clasificadas bajo el código F11, que corresponde a los trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de opiáceos.

Según esos datos, de 1998 a 2018, han fallecido en total 197 personas por trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de opiáceos en toda la República. Chihuahua y Baja California son los estados con mayor volumen acumulado de muertes por esta causa en el periodo (89 y 88, respectivamente). En tercer lugar se encuentra Sinaloa, con 27 muertes y, después, Sonora, con 23 muertes (mapa 1). Llama la atención la alta prevalencia de muertes asociadas al uso de opiáceos en Michoacán, estado que reporta volúmenes similares a los encontrados en Sonora y Sinaloa sin que exista un reporte de alta prevalencia de opiáceos en esa entidad. Los datos epidemiológicos en sí mismos se tornan insuficientes para explicar el fenómeno.

⁸ Estos datos fueron consultados en el formato de cubos dinámicos, disponible en la página de la DGIS: <http://pwdgis03.salud.gob.mx/cubos/defunciones/seed_98_2018_hist.htm>.

Mapa 1. Distribución por estado del volumen acumulado de muertes por uso de opiáceos (1998-2018)

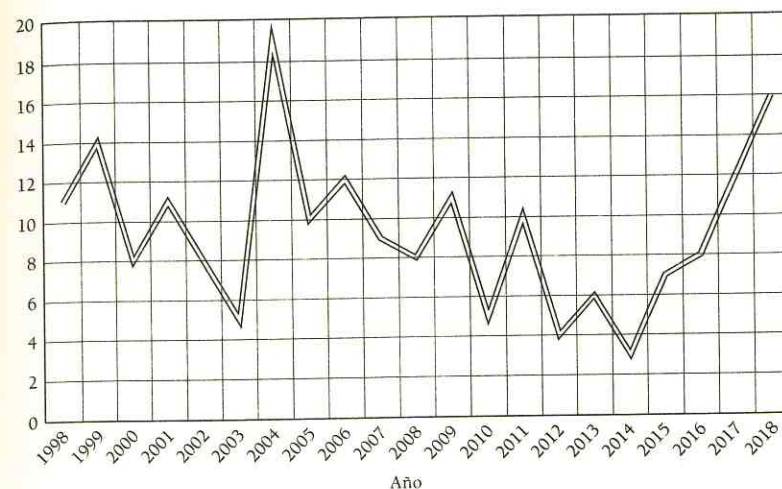


FUENTE: Cálculos propios con base en la DGIS.

Al analizar el comportamiento de las cifras en el tiempo, vemos que entre 1998 y 2003 la tendencia es decreciente, con un promedio anual de 9.3 muertes asociadas al uso de opiáceos, siendo 1999 el año con el mayor volumen de muertes reportadas por esta causa en el periodo ($n=14$), y 2003 el año con el menor número ($n=5$). Después del pico registrado en 2004, se observa una tendencia decreciente hasta 2014. Entre 2015 y 2018 se presenta un ascenso constante en el volumen de muertes registradas por uso de opiáceos (gráfica 1), que coincide con el momento en que se registró la llegada del fentanilo a los mercados locales de drogas en el país.⁹

⁹ El primer decomiso de fentanilo registrado por fuentes oficiales se realizó el 26 de mayo de 2013 en el municipio de Mulegé, Baja California; desde entonces los reportes oficiales registran incrementos constantes en el volumen de fentanilo decomisado.

Gráfica 1. Tendencias en el volumen de muertes por trastornos mentales y de comportamiento debidos al uso de opiáceos en México (1998-2018)



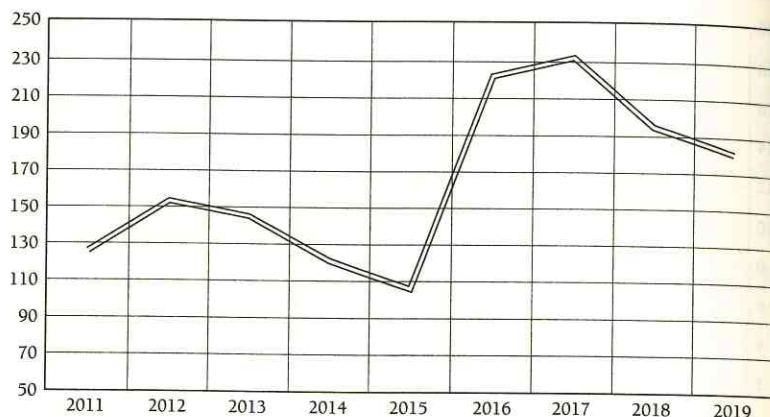
FUENTE: Cálculos propios con base en la DGIS.

Entonces, si consideramos el periodo completo de 1998 a 2018, encontramos un incremento anual promedio de 1.56% en el volumen de muertes asociadas al uso de opiáceos; pero si sólo consideramos el periodo de 2011 a 2018, el incremento es de 5.36% anual. Lo anterior indica que, aun con unos datos oficiales insuficientes, se observa un incremento en la mortalidad por esa causa, que coincide con el momento de la llegada del fentanilo al país.

MORBILIDAD ASOCIADA AL USO DE OPIÁCEOS EN MÉXICO (2011-2020)

La morbilidad se refiere a complicaciones de salud asociadas al uso de opiáceos y que podrían dar cuenta de sucesos no-fatales de sobredosis, registrados en los datos de egresos y urgencias hospi-

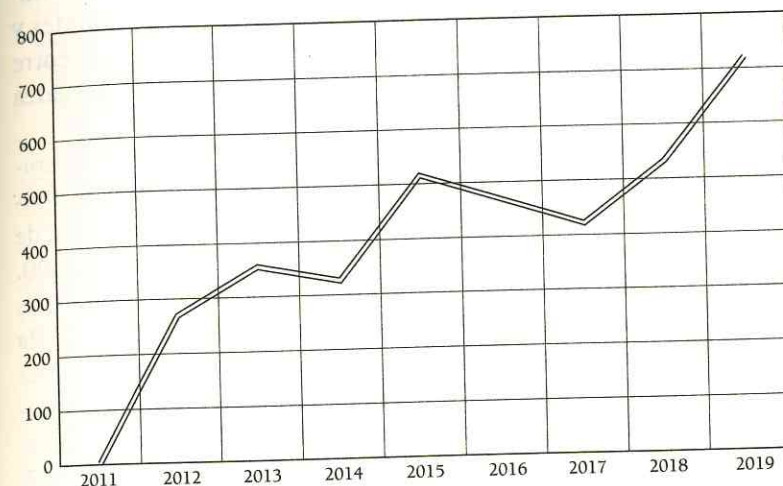
Gráfica 2. Tendencias en el volumen de egresos hospitalarios por trastornos mentales y de comportamiento debidos al uso de opiáceos en México (2011-2019)



FUENTE: Cálculos propios con base en la DGIS.

talarias. Esos datos comprenden todos los casos atendidos en hospitalización y urgencias reportados por las unidades médicas de la Secretaría de Salud. Sin embargo, sólo tenemos datos disponibles de egresos y urgencias hospitalarias a partir de 2011, lo que reduce la ventana de observación del fenómeno. A pesar de esta limitación, debido a los escasos datos de mortalidad por opiáceos, consideramos que el análisis de las tendencias de los últimos nueve años de urgencias y egresos hospitalarios permite construir una imagen, aunque sea parcial, de cómo, tal vez, la llegada del fentanilo a México ha afectado las condiciones de salud de las personas usuarias de opiáceos. En total, en los nueve años de observación se registraron 1 550 egresos hospitalarios por uso de opiáceos en todo el país, y que 2016 y 2017 fueron los años con mayor volumen de eventos registrados (gráfica 2). Entre 2011 y 2019, el volumen de egresos hospitalarios asociados a uso de opiáceos creció a una tasa anual promedio de 3.72 por ciento.

Gráfica 3. Tendencias en el número de urgencias hospitalarias por trastornos mentales y de comportamiento debidos al uso de opiáceos en México (2011-2019)



FUENTE: Cálculos propios con base en la DGIS.

Respecto de las urgencias hospitalarias, en total se registraron 3 889 sucesos entre 2011 y agosto de 2020, y 2019 fue el año con mayor número de sucesos registrados (gráfica 3). El análisis del registro de urgencias hospitalarias asociadas al uso de opiáceos muestra una clara tendencia al ascenso. En particular, mientras que en 2011 sólo se registraron dos urgencias hospitalarias por trastornos asociados al uso de opiáceos, en 2012 se reportaron 269 eventos, lo que representa un aumento de 99%. En el periodo, encontramos una tasa de cambio promedio anual de 12.46 por ciento.

Al comparar los datos de mortalidad con los de egresos y urgencias hospitalarias, vemos que los tres indicadores comparten una tendencia general ascendente a partir de 2015. Llama la atención el descenso observado entre 2012 y 2014, tanto en el número

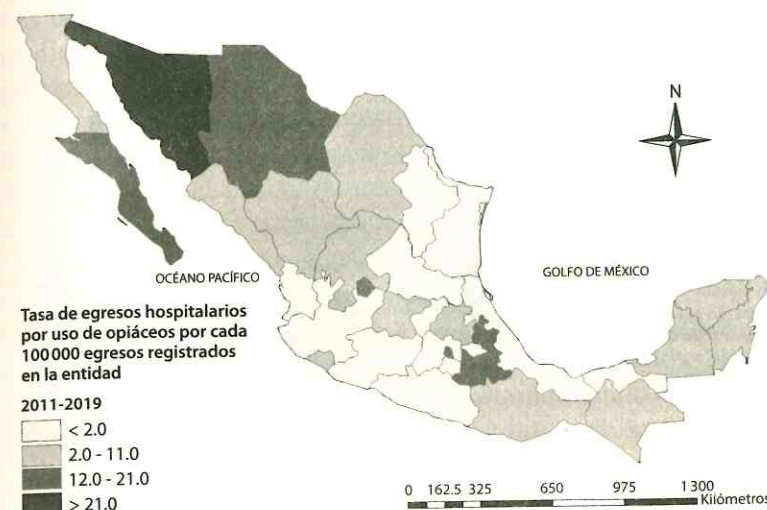
de muertes como el de los egresos hospitalarios asociados al uso de opiáceos, que no se corresponde con la tendencia creciente y sostenida en el tiempo que se observa en las urgencias hospitalarias asociadas a esta causa. Sin embargo, el número de muertes y egresos hospitalarios se incrementó de manera sostenida entre 2015 y 2017, mientras que las defunciones continuaron al alza hasta 2018, y los egresos disminuyeron a partir de 2017.

Para analizar la distribución geográfica de los egresos hospitalarios por uso de opiáceos, calculamos tasas específicas al dividir el número total de egresos por esta causa por el número total de egresos registrados en la entidad y lo multiplicamos por 100 000. De este cálculo resulta que Sonora es la entidad con la tasa más alta de egresos hospitalarios por uso de opiáceos (77.93 por cada 100 000 egresos registrados). Siguen los estados de Aguascalientes (19.23), Puebla (15.19) y la Ciudad de México (11.42). Chihuahua, Sinaloa y Baja California aparecen en los lugares cinco, siete y nueve en el ámbito nacional, con tasas específicas de 11.27, 3.91 y 2.01, respectivamente (mapa 2).

Llama la atención el alto número de egresos hospitalarios asociados al uso de opiáceos reportados en Aguascalientes, que no tuvo registro alguno de muertes por sobredosis, aun cuando el periodo de observación fue sustantivamente mayor (1998-2018), y que tampoco aparece en los registros del sistema de vigilancia epidemiológica de las adicciones como entidad con prevalencia de uso de heroína superior a la media nacional. En contraste, Baja California presenta una tasa específica de egresos por uso de opioides inferior a la media nacional (5.44). Es posible que este hallazgo esté denotando barreras que enfrentan las personas que usan opiáceos en esa entidad para tener acceso a servicios médicos.

Por su parte, la distribución geográfica de la proporción de urgencias hospitalarias por uso de opiáceos por cada 100 000 urgencias registradas (mapa 3) muestra a Chihuahua como la entidad con la proporción más alta (14.71), seguida de Nayarit (13.28), Querétaro (12.45) y Baja California (11.12). Sinaloa y Sonora

Mapa 2. Distribución por estado de la proporción de egresos hospitalarios por uso de opiáceos en relación con el total de egresos registrados (2011-2019)



FUENTE: Elaboración propia con base en la DGIS.

aparecen en el lugar siete y once, respectivamente, a nivel nacional, con tasas de 7.97 y 5.83 urgencias relacionadas con el uso de opiáceos por cada 100 000 urgencias registradas.

Al comparar las fuentes de datos disponibles, encontramos que, si bien los datos de vigilancia epidemiológica de las adicciones y de mortalidad coinciden en señalar a Baja California, Chihuahua y Sonora como los estados con mayor prevalencia en el uso de opiáceos y de mortalidad asociada a este consumo, los datos de morbilidad señalan una situación de potencial emergencia en los estados del centro del país. Una hipótesis que podría explicar la discrepancia encontrada en la distribución geográfica de los casos de mortalidad y morbilidad asociadas con el uso de opiáceos es que las condiciones de enfermedad y muerte son

Mapa 3. Distribución por estado de la proporción de urgencias hospitalarias por uso de opiáceos en relación con el total de urgencias registradas (2011-2019)



FUENTE: Elaboración propia con base en la DGIS.

distintas en el centro y en el norte del país. En particular, los datos podrían indicar que mientras en Chihuahua, Baja California, Sinaloa y Michoacán, las personas que tienen un uso problemático de opiáceos mueren de sobredosis por fuera de las instituciones de salud, sin tener la oportunidad de recibir atención médica adecuada, las personas usuarias que residen en estados como Aguascalientes, Puebla y la Ciudad de México tienen mayor acceso a servicios de salud y, por ello, allí se cuenta con registros de mortalidad por este tipo de causas.

Tanto el registro en campo como la literatura sobre el tema muestran que las sobredosis son experiencias mucho más comunes entre las personas usuarias de opiáceos de lo que da cuenta el registro oficial. En 2018, el Instituto Nacional de Psiquiatría

aplicó una encuesta entre personas que se inyectan drogas, residentes en Ciudad Juárez, Tijuana y San Luis Río Colorado, lo que arrojó que 66.8% de ellas había experimentado sobredosis. Los usuarios de Ciudad Juárez reportaron haber vivido en promedio 4.3 sobredosis a lo largo de su vida, y 1.6 en los 12 meses previos al estudio (Fleiz *et al.*, 2019). Si consideramos la experiencia de una sobredosis promedio anual y tomamos como base la estimación, ya presentada, de unas 141 000 personas usuarias de opiáceos en el país, entonces deberíamos tener registros de alrededor de 94 000 sucesos anuales de sobredosis fatales y no fatales. Sin embargo, los registros oficiales consultados reportan un valor promedio máximo de 19 muertes anuales asociadas al uso de opiáceos, 721 urgencias y 232 egresos hospitalarios, lo que en total suman un máximo de 972 sucesos anuales. Según estos cálculos, las cifras oficiales sólo estarían dando cuenta de 0.01% del total de sucesos de sobredosis que se viven en campo ¿A qué se debe este subregistro tan abismal?

BARRERAS DE ACCESO AL REGISTRO DE SUCESOS POR SOBREDOSIS

Para analizar los posibles retos que supone el registro de sucesos de sobredosis en personas usuarias de opiáceos, es necesario comprender los procedimientos a través de los cuales quedan asentadas las causas de morbilidad en esos registros. Las estadísticas de mortalidad se basan en las actas de defunción, que son el principal instrumento de registro de las circunstancias de la muerte, sus causas y las características demográficas del difunto.¹⁰

¹⁰ La Ley del Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica plantea que el certificado de defunción debe ser expedido antes de transcurridas las siguientes 48 horas después del deceso, o que se encuentre el cuerpo. El certificado se llena con información proveniente del expediente clínico si la muerte sucede en un hospital, o de un familiar o acompañante si sucede en otro espacio.

Esas actas requieren ser expedidas por un médico o por personas autorizadas por la autoridad sanitaria competente para ser asentadas por la oficina del Registro Civil. Cuando la causa de muerte es agresión, suicidio o accidente, se registra la presunción de esas causas en los cuadernos de defunciones del ministerio público, pero sólo un médico puede ratificarlas y registrarlas en el certificado de defunción a través de una necropsia (INEGI, 2016). Esta última, sin embargo, no incluye la realización de pruebas toxicológicas para la detección de sustancias que pudieran asociarse a la causa de muerte, a menos de que explícitamente lo soliciten autoridades judiciales (TSJDF, 2011).

Los registros de urgencias y egresos hospitalarios, por su parte, son realizados dentro de las unidades de atención en salud, por lo que requieren que la persona efectivamente llegue a esos servicios. En el caso de los egresos, para ingresar al servicio de hospitalización se requiere una identificación oficial. Los registros se basan en las historias clínicas que levanta el personal médico desde el momento en que la persona ingresa a la unidad de salud, y donde se consigna, además de las condiciones de salud de la persona y sus afecciones, todos los procedimientos que le son realizados (DOF, 2013). El trabajo de campo implementado en Ciudad Juárez por el Programa Compañeros, con personas que se inyectan drogas, permite suponer que las condiciones de estigma, discriminación y criminalización que enfrenta en particular la población usuaria de sustancias generan barreras que dificultan el registro de sus muertes y el acceso a servicios hospitalarios para atenderse en casos de sobredosis.

En primer lugar, los requisitos para ingresar a servicios hospitalarios dificultan el acceso de personas con uso problemático de opiáceos en contextos de exclusión social, debido a la falta de identificación oficial. Una encuesta levantada en 2012 entre personas que se inyectan drogas en Ciudad Juárez, Hermosillo y Tijuana, mostró que 60% no contaba con identificación oficial debido a experiencias de deportación, migración, prisión, pérdida

de pertenencias por situación de vida en calle o por estar en situación de conflicto con la ley (Ospina-Escobar, 2016). En segundo lugar, la falta de medicamentos sustitutivos para opiáceos en los servicios hospitalarios desincentiva que las personas con uso problemático de esas sustancias decidan acudir a los servicios públicos de salud en caso de presentar un padecimiento de salud, pues sienten temor de enfrentar la severidad del síndrome de abstinencia sin tener acceso a medicinas paliativas. Fleiz *et al.* (2019) encuentran que 86.8% de las personas que han vivido sobredosis fueron auxiliados por sus pares en lugar de solicitar ayuda del personal de servicios médicos.

Adicionalmente, las personas con uso problemático de opiáceos perciben mala calidad en la atención en salud, debido principalmente al estigma y a la discriminación que prevalece en el personal médico. En general, las personas usuarias reportan que el personal de enfermería, psicología y trabajo social los censuran por su condición de consumidores de droga, y postergan su atención al aumentar los tiempos de espera y negarles los tratamientos o servicios de asistencia social por ser usuarios de sustancias ilícitas (Jurgens *et al.*, 2010; Paquette, Syvertsen y Pollini, 2018; Summers *et al.*, 2018). Estas percepciones aumentan la resistencia de la población usuaria en acudir a los servicios de salud, aun en condiciones extremas como lo es un suceso de sobredosis, al mismo tiempo que refuerzan el *habitus* de la autoatención, ampliamente documentado (Ovalle, 2009; Fleiz *et al.*, 2019).

En los casos de muerte por sobredosis, las condiciones de exclusión social en las que viven muchas personas con uso problemático de sustancias en México, así como las barreras existentes para ingresar a un hospital, dificultan la elaboración de historias clínicas que faciliten una mejor determinación de la causa de muerte de esas personas. Asimismo, la falta de documentos de identificación, los lugares donde suelen ocurrir las muertes por sobredosis (en espacios baldíos, parques, baños públicos) y la soledad en la que son vividas, son condiciones que

impiden aún más una determinación precisa de las causas de muerte entre las personas usuarias de opiáceos.

En México no hay “leyes del buen samaritano”,¹¹ por lo tanto, cuando una persona tiene una sobredosis, sus familiares y compañeros suelen abandonarla, por temor a ser responsabilizados judicialmente por la muerte. En consecuencia, los cuerpos son reportados a la policía y en algunos casos a los servicios de ambulancias, pero no suele presentarse alguien que ofrezca información relevante para llenar el certificado de defunción (Cornejo *et al.*, 2009; Fleiz *et al.*, 2019). Además, quienes por lo general levantan los cuerpos de personas fallecidas por sobredosis son paramédicos de las ambulancias, o bien policías, quienes no cuentan con el acompañamiento de médicos que puedan realizar las actas de defunción y consignar la sobredosis como causa de muerte en el momento mismo del levantamiento del cuerpo.

En el caso de los cuerpos que llegan al servicio médico forense (Semefo), la realización de pruebas toxicológicas para la determinación de la causa de muerte requiere, como ya se mencionó, de una orden judicial, por lo que, en la práctica, la causa de muerte que se reporta suele ser “indeterminada” o se anota la última complicación que generó el deceso. Por último, es relevante considerar que el aumento de las muertes violentas en México en la última década ha generado una saturación de los Semefo que, suponemos, contribuye a dificultar los procesos para una determinación precisa de las causas de muerte, en particular en relación con aquellos cuerpos que nadie reclama por falta de identificación o que presentan los signos de una exclusión social grave.

Frente a estas condiciones, el registro comunitario de sucesos fatales y no fatales de sobredosis ofrece una alternativa importante para monitorear cambios en la frecuencia con que se viven dichos sucesos en algunos estados del país. Si bien en el

¹¹ Aquellas leyes o disposiciones que buscan la protección legal de quienes deciden servir y atender a otros que están heridos o enfermos.

campo de la reducción de daños¹² —ya es un lugar común hablar de distribución comunitaria de naloxona¹³ como estrategia efectiva para disminuir las muertes por sobredosis—, el tema del registro de dichos sucesos ha sido poco visibilizado. No obstante, contar con una estrategia de registro comunitario de sucesos fatales y no fatales de sobredosis permitiría potencialmente conocer de manera más sistemática y con mayor profundidad las características de las personas que tienen esta afección de salud y las condiciones sociodemográficas, de dinámicas de uso de sustancias y de los mercados locales de drogas que podrían estar asociadas con esa experiencia.

Ante la falta de calidad y cantidad de datos oficiales disponibles sobre la morbilidad asociada al uso de opiáceos, desde enero de 2020, mediante la organización civil Programa Compañeros, se puso en marcha un proyecto piloto para el registro comunitario de sucesos fatales y no fatales de sobredosis en Ciudad Juárez, por ser la segunda ciudad, después de Tijuana, con el mayor volumen de población usuaria de opiáceos (Valenzuela *et al.*, 2019). A continuación, se describe la estrategia comunitaria de prevención y registros de sobredosis implementada por el Programa Compañeros, y se analizan los datos obtenidos a partir de ese registro; éstos se contrastan con los registros oficiales disponibles sobre mortalidad y morbilidad por uso de opiáceos en Ciudad Juárez.

¹² La reducción de daños se debe a políticas, programas y proyectos que buscan promover la salud de las personas que, por diversas condiciones, no quieren o no pueden dejar de usar sustancias y suelen tener una base comunitaria de intervención y acercamiento antropológico a la población, con miras a establecer relaciones de cooperación que permitan no sólo consolidar la estrategia de intervención, sino también propiciar la participación de la misma población en estrategias de promoción de la salud.

¹³ La naloxona es un medicamento antagonista de opiáceos que revierte y bloquea los efectos de otros opiáceos, restableciendo con rapidez la respiración de una persona que respira lentamente o sufre un paro respiratorio a causa de una sobredosis de opiáceos (National Institute on Drug Abuse, 2020).

ESTRATEGIAS COMUNITARIAS DE REGISTRO DE MUERTES
POR SOBREDOSIS: EL CASO DEL PROGRAMA
COMPAÑEROS EN CIUDAD JUÁREZ

Históricamente, Ciudad Juárez ha sido, junto con Tijuana, la ciudad con más alta prevalencia de uso de sustancias ilegales. Por ejemplo, los datos de una encuesta sobre uso de sustancias aplicada en 2005 en Querétaro, Monterrey, Ciudad Juárez y Tijuana muestran que Ciudad Juárez es la ciudad con mayor incremento en las prevalencias de uso de sustancias ilegales en el último mes entre 1998 y 2005 (pasando de 1.2 a 2.4%), y con mayor incremento en el número de poliusuarios de drogas (pasando de 3.2 a 7.43% en el periodo) (Rojas Giot *et al.*, 2009).

A diferencia de Tijuana, en Ciudad Juárez el cristal es de reciente inclusión en el mercado local de drogas (CIJ, 2018) y hace parte de importantes pugnas entre organizaciones criminales que se disputan dicho mercado (Ospina-Escobar, 2016). En particular, información etnográfica ha permitido identificar que las zonas de la ciudad que se encuentran bajo el control del Cartel de Sinaloa ubicadas en el norte y suroriente de la ciudad, así como en la zona del valle de Juárez, son las de mayor presencia de cristal; mientras que las que están bajo el control del Cartel de Juárez, ubicadas en el norponiente y centro de la ciudad, son aquellas con menor presencia de cristal y mayor presencia de *black tar* (El Diario de Juárez, 2019).

También, a diferencia de Tijuana, la heroína que se consume en Ciudad Juárez es principalmente del tipo *black tar* (Ospina-Escobar, 2016), que se caracteriza por su mayor dificultad para ser cortada (Cicarrone y Bourgois, 2003). Se estima un total de 10000 personas usuarias de opiáceos que residen en esta ciudad (Valenzuela-Lara *et al.*, 2019), lo que la hacen la segunda con mayor volumen de esa población después de Tijuana.

Juárez es también la ciudad donde se implementó por primera vez un programa de reducción de daños en México. Desde 1986, el Programa Compañeros, A.C. implementa estrategias de promoción

de la salud en lugares de encuentro de PID. Aunque sus esfuerzos se centraron en prevención de VIH con los años han ampliado su marco de acción, incluyendo atención psicológica, odontológica, salud sexual y reproductiva, prevención del VHC, curaciones simples, promoción de derechos humanos y prevención de sobredosis, entre otros servicios.

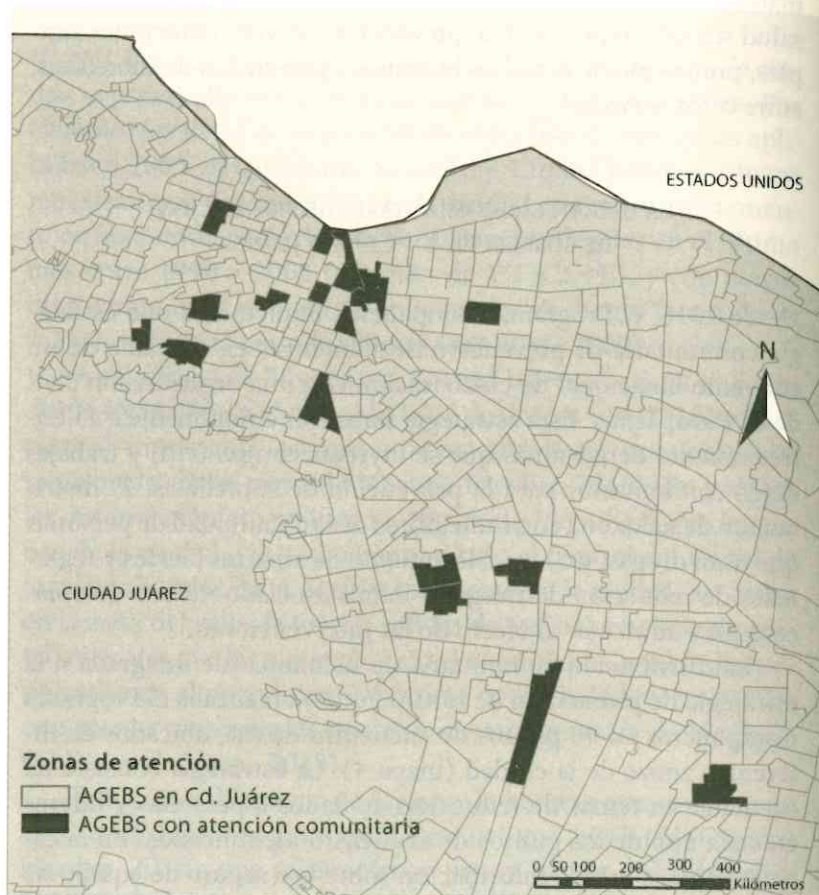
LA ESTRATEGIA COMUNITARIA DE PREVENCIÓN
DE SOBREDOSIS EN CIUDAD JUÁREZ

Desde 2018, el Programa Compañeros implementa una estrategia comunitaria de prevención de sobredosis en el marco de un convenio binacional de colaboración con una organización civil de El Paso, Texas. Esta estrategia tiene tres componentes: 1) entrenamiento de personas que se inyectan drogas (PID) y trabajadores comunitarios para la prevención de sobredosis; 2) distribución de naloxona entre miembros de la comunidad de personas que usan drogas; y, 3) establecimiento de alianzas locales y regionales de reducción de riesgos y daños asociados al uso de opiáceos para aumentar el efecto de las intervenciones.

La distribución comunitaria de naloxona fue integrada a la estrategia de promoción de la salud que ya realizaba el Programa Compañeros en 40 puntos de encuentro de PID, ubicados en diferentes zonas de la ciudad (mapa 4). La estrategia consiste en capacitar en temas de reducción de daños a personas y líderes en cada uno de los puntos de encuentro identificados. En la capacitación se brinda información sobre uso seguro de equipo de inyección y sobre prevención de VIH, Hepatitis C y sobredosis.¹⁴

¹⁴ Las personas pares fueron capacitadas en la correcta utilización de la naloxona, en técnicas de resucitación y en primeros auxilios; también se les suministró una guía de acciones a seguir en caso de presenciar una sobredosis. Además, se distribuyen semanalmente insumos de uso seguro de sustancias y de prevención de VIH y otras infecciones de transmisión sexual, tales como jeringas, agua destilada, toallitas alcoholadas, filtros de algodón,

Mapa 4. Zonas de atención comunitaria a sucesos de sobredosis en Ciudad Juárez (2020)



FUENTE: Elaboración propia con base en datos del Programa Compañeros, A. C.

Cada líder lleva un registro de los insumos y las actividades de prevención realizadas, así como del número de personas alcanzadas por las intervenciones. Asimismo, los líderes de cada punto entregan semanalmente al equipo de Programa Compañeros los frascos vacíos de naloxona como una medida de conteo del medicamento utilizado y de los contenedores con las jeringas utilizadas, con el fin de sacarlas de circulación. De este modo, cada semana el equipo de Programa Compañeros, A. C., realiza un recorrido por los distintos puntos de encuentro y recoge los formatos de registro, las jeringas usadas y los frascos vacíos de naloxona, al tiempo que distribuye los insumos mencionados y realiza pláticas mediante las cuales se brinda información y se reportan las situaciones emergentes en campo, que son sistematizadas en diarios de campo.

Al reconocer las características únicas del contexto de Ciudad Juárez y la visibilidad y legitimidad con que cuenta el Programa Compañeros entre PID en esta ciudad, a finales de 2019 el Programa de Política de Drogas del CIDE propuso al Programa Compañeros como complemento de la estrategia de prevención de sobredosis, con un componente de registro de sucesos fatales y no fatales de sobredosis, con la finalidad de documentar dichos sucesos y aumentar la comprensión de los factores asociados a ellos. Aquí incorporamos un análisis de los retos que supuso la implementación de este tipo de programas en el contexto particular de Ciudad Juárez durante la pandemia por COVID-19.

Para ello, se transcribieron los diarios de campo de las y los promotores del Programa Compañeros, así como los registros de entrega de naloxona que levanta cada líder en los puntos de encuentro de la población, en los que se anotan los sucesos fatales y no fatales de sobredosis asistidos. El registro de sucesos levantados en los 40 puntos de encuentro de PID arroja que, de enero a

instrumentos para preparar las sustancias (*cookers*), cloro, condones, lubricantes a base de agua, jabón y agua para lavarse las manos, naloxona y contenedores para la recolección de las jeringas contaminadas.

noviembre de 2020, se presentaron 19 muertes por sobredosis y 299 sobredosis no-fatales, que lograron ser evitadas gracias al uso oportuno de naloxona u otros métodos de autoatención, principalmente inyección de agua con sal y colocación de hielo en diferentes partes del cuerpo.

Las zonas con mayor número de sobredosis registradas fueron las colonias Barrio Alto, Bellavista y 16 de Septiembre, zonas controladas por el Cartel de Juárez. En su conjunto, estas tres zonas representaron 53.4% de los sucesos no-fatales de sobredosis registrados y 25% de los fatales. Según los registros del Programa Compañeros, Barrio Alto y Bellavista fueron los primeros espacios donde se distribuyó heroína a principios del siglo xx, y son las colonias más cercanas al puente internacional. A principios del siglo xx, la cercanía con la frontera favorecía el flujo de heroína y facilitaba su acceso para residentes estadounidenses que venían a Ciudad Juárez a comprar heroína a un mejor precio. Si bien hoy en día los espacios de compra-venta y uso de sustancias ilegales están esparcidos por toda la ciudad, llama la atención que sean justo los más cercanos al paso internacional donde haya más sobredosis.

Debido a la falta de programas de testeo de sustancias y, en particular, de detección de fentanilo en Ciudad Juárez, no es posible identificar si en esos espacios hay mayor presencia de esta sustancia en comparación con otros lugares de la ciudad. Los comentarios de los líderes de cada punto de encuentro hacen suponer que en Ciudad Juárez no hay búsqueda intencionada de fentanilo por parte de personas usuarias de opiáceos. Asimismo, es importante considerar que parece más fácil mezclar fentanilo con heroína blanca; pero en Ciudad Juárez se encuentra principalmente heroína negra o *black tar*,¹⁵ lo que podría asociarse con menor presencia de fentanilo.

¹⁵ Por ejemplo, en 2012, Ospina-Escobar (2016) encontró que 85.9% de las personas encuestadas en Ciudad Juárez reportaron que la heroína que usaban era principalmente negra. En 2018, Fleiz y colaboradores encontraron que 87% de las personas usuarias de heroína en Ciudad Juárez utilizaban heroína negra.

En ese sentido, es relevante el hecho de que, en ninguno de los casos fatales de sobredosis registrados, se reportó uso de heroína sola. En la mayoría de los casos (62.5%; n=10), el hecho se asoció al uso de heroína combinada con alcohol (31.3%; n=5) o benzodiacepinas (25.0%; n=4). En efecto, la naloxona no permite revertir el efecto de estas últimas sustancias ni de alcohol, lo que explicaría el alto número de muertes en las que se registró un uso combinado de pastillas, heroína y alcohol. Según las anotaciones de campo de los promotores de salud, el contexto de confinamiento debido a la emergencia sanitaria por COVID-19 generó dificultades para tener acceso a la heroína en Ciudad Juárez, ante lo cual las personas usuarias aumentaron la frecuencia e intensidad del uso de benzodiacepinas y alcohol, con lo que aumentaron su riesgo de vivir una sobredosis:

Este mes ha sido muy difícil para los usuarios, ya que estaban batallando mucho para conseguir para la dosis, y se meten de todo. Muchos están consumiendo otras drogas para sentir el mismo patadón. Por otro lado, está subiendo la droga a mayor precio. Los que antes ni tomaban [alcohol], ahora están tomando, ya que ni para la metadona consiguen, pues subió también el precio: antes la dosis estaba a 130 pesos, y ahora cuesta 380 pesos —y eso si la consiguen—, y eso es un abuso [promotora de salud, semana del 5 al 11 de octubre de 2020].

Este análisis preliminar permite, en primer lugar, dimensionar el subregistro de mortalidad por uso de opiáceos en Ciudad Juárez. Mientras que los registros oficiales cuentan 27 muertes en un periodo de 20 años, el registro comunitario cuenta 19 muertes en un solo año. Otra discrepancia surge respecto de las edades de las personas fallecidas; el registro comunitario indica que los hombres tienen en promedio 39.6 años, mientras que las mujeres, 31.1 años. En comparación, el registro oficial de las personas fallecidas por sobredosis en Ciudad Juárez señala que la mayoría de los varones tenían edades de entre los 30 y los 59 años, y que las mujeres tenían más de 60 años. En segundo lugar,

pareciera haber un patrón geográfico en la distribución de las muertes, y en tercer lugar, que éstas se asocian al uso combinado de heroína con otras sustancias depresoras del sistema nervioso central (alcohol y pastillas), comportamiento que al parecer responde a la escasez de heroína.

El registro comunitario de sobredosis ha permitido, además, identificar que la mayoría de estos sucesos corresponde a varones (57.14%; n=8), en concordancia con los datos oficiales. Sin embargo, la proporción de mujeres es mucho más alta en el registro comunitario que en el registro oficial. Mientras que el Programa Compañeros registra que el 42.8% de muertes por sobredosis correspondió a mujeres (n=6), en el registro oficial solo se han reportado cuatro muertes de mujeres (*versus* 25 varones) en un periodo de 20 años. Lo anterior podría significar que las mujeres se enfrentan a un subregistro aún más importante que en el caso de los hombres, en relación con las dinámicas en las que ellas usan las sustancias. La experiencia de campo mostró que las mujeres suelen usar sustancias de manera solitaria, en una mayor proporción que los hombres, con el fin de evitar las sanciones morales, el acoso policial y de otros hombres, lo que aumenta su riesgo de morir en caso de sobredosis, pues no hay quien pueda prestarles ayuda y, en caso de muerte, no hay quien pueda notificar el uso de sustancias como potencial causa de muerte.

Esta semana la morra que se dobló había salido de un centro y quería curarse, pero que nadie supiera, para que no la volvieran a atorar, y se fue a una tapia, lejos. Cuando llegamos, ya estaba morada... no hubo nada que hacer... es que, a las mujeres, como que se nos persigue más, la misma raza está chingando cuando no es la policía, y se harta uno, por eso se van adonde nadie pueda encontrarlas, para estar a gusto, pero pues se doblan... [promotora de salud, semana del 3 al 10 de agosto de 2020].

Además de la discriminación de género, la violencia y el acoso policial son condiciones que enfrentan cotidianamente las

personas usuarias de sustancias en Ciudad Juárez, orillándolas a acudir a lugares alejados para usar la sustancia, situación que pone en riesgo sus vidas.

Siguen las personas tirándose solas en lugares más apartados. Así fue el caso de un usuario que murió esta semana solo en una tapia. Esta semana estuvo muy violenta, ya que atacaron a unos ministeriales y a varios policías, quedando unos muy graves. Los usuarios tienen que esconderse más por miedo a que los agarren tirándose, y eso los pone más en riesgo de una sobredosis. Cuando atacan a los policías, se van contra los usuarios de drogas, ya que piensan que ellos los llevarán a los atacantes. Entonces dejan de vender heroína, y es por eso que, por la malilla, le ponen otras drogas en lo que hay heroína, arriesgándose así a una sobredosis [promotora de salud, semana del 14 al 20 de septiembre de 2020].

Durante la pandemia, la violencia entre organizaciones criminales no dio tregua. Las autoridades asocian el incremento de sustancias ilícitas con el incremento de la violencia en la ciudad. Según diarios locales, se reportaron 1 637 homicidios en 2020 en Ciudad Juárez (Carmona, 2021), lo que supuso un aumento de 9.9% en comparación con los registrados en 2019 (Frissard y Osorio, 2020). Según los testimonios de los líderes vinculados a este proyecto, ello se debió a que aumentaron las disputas y los ajustes de cuentas entre organizaciones criminales, lo que suponía para las PID menor posibilidad de cambiar de distribuidor por el temor a enfrentar represalias.

Aunado a la falta de medicamento, a la violencia por parte de organizaciones criminales, el acoso y la violencia policial constituyen el principal reto para la distribución comunitaria de naloxona en Ciudad Juárez.

Pues a ellos [los usuarios], cuando los detienen, de cajón les destruyen todo lo que traen, entonces sí perdemos muchas dosis de naloxona así. También a nosotros [los promotores del Programa

Compañeros], cuando nos ven que estamos repartiendo las jeringas, se acercan de volada, y me ha pasado que me han llevado a la comandancia por tener naloxona... Aunque les explico de qué se trata, no entienden, y la verdad es que estamos distribuyendo un medicamento que no tiene registro sanitario en México; entonces, sí nos ponemos en peligro, pero tampoco se vale dejar morir a las personas sólo por un asunto de política [promotora de salud, semana del 14 al 20 de septiembre de 2020].

La criminalización del uso de sustancias ilegales, junto con la falta de una política pública de reducción de daños, hacen que la implementación de acciones de prevención se desarrolle en un marco de desobediencia civil que pone en riesgo, no sólo la seguridad de las personas usuarias de sustancias, sino también la de las y los promotores de salud, limitando así el impacto de las intervenciones. Sin embargo, los registros de campo muestran, en concordancia con la amplia literatura existente sobre el tema, que insistir en la abstinencia y el encierro como opciones al uso problemático de sustancias no sólo es poco efectivo, sino que, en el caso de las personas usuarias de opiáceos, puede resultar fatal (Rafful *et al.*, 2018). En particular, encontramos que el encierro involuntario, sea por internamiento en centros de rehabilitación o por detención policial, constituye un factor de riesgo asociado a experiencias de sobredosis.

El problema es que, como encierran a los adictos en los centros de rehabilitación o en la comandancia, cuando ya les dan salida, salen derecho a la conecta y se inyectan lo mismo de la última vez. Se les dice que están limpios y que deben tener cuidado, pero es tanta la ansiedad al salir del encierro que les vale, sólo quieren curarse y no esperan, sino que se mandan todo el cuete, y luego están doblándose [promotora de salud, semana del 14 al 20 de septiembre de 2020].

Desde luego, la emergencia sanitaria por COVID-19 complicó aún más esta situación. Para dar un ejemplo, disminuyó el acceso

a los servicios de ambulancias, pues, según los promotores de salud, la prioridad era transportar pacientes de COVID-19 desde y hacia los hospitales.

Esta semana me tocó el caso de Lucy. Los compas refieren que se pudo haber salvado, pero que en cuanto se empezó a sentir mal, su pareja le dijo que ya venía y la dejó sola. Unos la vieron y llamaron a la ambulancia, pero les dijeron que sólo atendían casos de COVID y les colgaron. Se murió, y lo que hicieron fue taparla con cartones, porque ni el forense venía; estuvo dos días con su cuerpo en descomposición, hasta que la levantó la policía [promotora de salud, semana del 28 de junio al 5 de julio de 2020].

En segundo lugar, la contingencia por COVID-19 afectó la disponibilidad de naloxona. A consecuencia de la sobreregulación de naloxona en México,¹⁶ el Programa Compañeros tiene acceso a este medicamento mediante donaciones de organizaciones americanas. Sin embargo, puesto que se trata de un medicamento que no cuenta con un registro sanitario por parte de las autoridades de salud mexicanas, su paso a través de la frontera se realiza sin cumplir con los trámites administrativos necesarios.

En consecuencia, las personas de las organizaciones que pasan el medicamento a través de la frontera se exponen a ser sancionadas por las autoridades fronterizas, a ser extorsionadas o a

¹⁶ En México, la naloxona es un medicamento clasificado como psicotrópico en el artículo 245, fracción IV, de la Ley General de Salud, donde se reconoce que tiene amplios usos terapéuticos que constituyen un problema menor para la salud pública. Sin embargo, al estar clasificada como psicotrópico, la ley estipula que su venta requiere receta médica, que sólo puede ser suministrada por un médico certificado y que su uso es intrahospitalario. Como consecuencia de esta regulación, la naloxona no está disponible en farmacias ni en ambulancias, lo que aumenta la probabilidad de muerte, pues se requiere llegar al hospital para que el medicamento sea suministrado. Además, debido a la baja demanda del medicamento, los laboratorios tienen pocos incentivos para fabricarlo, lo que limita aún más su disponibilidad en el mercado.

que el medicamento sea confiscado y destruido. Al respecto, un promotor de salud que cotidianamente se encarga de pasar la naloxona desde El Paso hasta Ciudad Juárez menciona:

Es una aventura. Me acerco al puente y se me acelera el corazón. Me preguntan si tengo algo que declarar; sonrío y digo que no, pero sé que debajo del tapete tengo mis cajitas de naloxona. Me siento como un traficante [risas], un traficante de naloxona; ¿ves qué absurdo? [...] A un compañero en Tijuana le pasó que le revisaron el coche y encontraron la naloxona [los agentes aduanales], y le tocó darles una buena lana para que lo dejaran pasar con el medicamento [promotor de salud, semana del 5 al 11 de octubre de 2020].

La informalidad con la que las organizaciones civiles tienen acceso a la naloxona en México hace que, en contingencias como en el caso del cierre de los puentes internacionales a causa de la pandemia por COVID-19, se ponga en riesgo el suministro del medicamento. En Ciudad Juárez, el cierre de la frontera significó, en campo, disminuir la cantidad de medicamento que se distribuía en los puntos de encuentro, así como de la cantidad de acciones de capacitación emprendidas, entre otras razones, por la imposibilidad de organizar actividades que suponían la concentración de personas.

Aún en el contexto adverso que enfrentan las personas con uso problemático de opiáceos en Ciudad Juárez, caracterizado por una violencia generalizada, el acoso policial, la falta de acceso a servicios de emergencia y la disponibilidad limitada de naloxona, los procesos comunitarios de capacitación en prevención de sobredosis han permitido que esas personas transformen la idea de las muertes por sobredosis como destino inevitable. Poco a poco, han pasado a concebirse como actores que pueden evitar este tipo de muertes en sus comunidades, devolviéndoles así una capacidad de agencia que las convierte en importantes sujetos de cambio en sus comunidades.

Todos los que vienen aquí ya piden su frasquito y saben cómo usarlo. Antes, cuando alguien se doblaba, la mayoría salía corriendo para evitar la bronca... es duro dejar morir a tu compa solo... pero ahora, ya todos tenemos el frasquito, y cuando alguien se va doblando, de volada se reacciona... como que se siente uno bien de saber que lo reviviste. Para mí es como estar seguro. Hasta a mi madre le digo cómo aplicarla [promotor de salud, semana del 24 de febrero al 1 de marzo de 2020].

COMENTARIOS FINALES

El análisis de los datos oficiales de morbilidad asociada al uso de opiáceos mostró una tendencia creciente a nivel nacional, especialmente desde 2014. A pesar de la escasez de los casos de mortalidad registrados por esta causa, encontramos una tasa de cambio anual de 5.36% para el periodo 1998-2018, mientras que la tasa anual de incremento de egresos y de urgencias hospitalarias fue de 3.72 y 12.46%, respectivamente, para el periodo 2011-2019. Estos datos muestran un aumento silencioso de sobredosis por uso de opiáceos en México. Ante ello, resulta urgente liberar la naloxona de la clasificación de sustancias psicoactivas de la Ley General de Salud para aumentar su disponibilidad en comunidades, farmacias, centros de salud y ambulancias de todo el país.

El aumento en los registros de morbilidad por uso de opiáceos que aquí documentamos corresponde con la denominada tercera ola de la crisis de los opioides en los Estados Unidos (Hedegaard, Miniño y Warner, 2020), caracterizada por el uso de opiáceos sintéticos, particularmente, el fentanilo y sus análogos (Hedegaard, Miniño y Warner, 2020; O'Donnell, Gladden y Seth, 2007; Seth *et al.*, 2018). Aunque el análisis no permite establecer una relación entre la presencia del fentanilo y el aumento de sobredosis por uso de opiáceos en Ciudad Juárez, valdría la pena profundizar en esa línea de investigación, implementando programas de análisis de sustancias en los lugares de consumo.

La experiencia de campo del Programa Compañeros permite plantear que el estigma, la discriminación y la criminalización que enfrentan las personas que se inyectan drogas en México, y en particular aquellas que viven en contextos de exclusión social, son la principal barrera para tener acceso a servicios médicos especializados y a tener un registro adecuado de la causa de muerte. La discrepancia que encontramos entre los registros oficiales y los registros comunitarios nos permite sugerir que los problemas de salud pública no ocurren, sino que son socialmente contruidos. El subregistro de muertes por sobredosis y de urgencias y egresos hospitalarios asociados al uso de opiáceos genera una narrativa ante esos hechos como si se trataran de asuntos menores, aislados, de poca importancia a nivel nacional, y que no ameritan, en consecuencia, una respuesta institucional, al menos no en materia de salud.

Como bien lo menciona Almeida-Filho (2020), la epidemiología produce un ordenamiento particular de los eventos de mortalidad y morbilidad de las poblaciones, que está condicionado por los recursos y la cantidad de información que demanda el contexto, así como por el ejercicio de poder desplegados por las instituciones y los agentes sociales encargados de la producción de esos datos. A su vez, el conocimiento producido por la epidemiología condiciona las respuestas en materia de salud pública, que también obedecen a un campo en disputa, colmado de tensiones sobre hacia dónde se deben dirigir los recursos disponibles, siempre limitados.

En el marco de una política nacional en materia de drogas caracterizada por la prohibición, ninguna medida de salud pública distinta a la abstinencia es facilitada desde el Estado mexicano. Por el contrario, el prohibicionismo obstaculiza de manera sistemática no sólo el goce del derecho a la salud y a la vida de las personas usuarias de drogas ilegales, sino también el registro adecuado de sus condiciones de enfermedad y muerte. La falta de datos mantiene la carencia de atención y viceversa. Cuestionar entonces la manera con la que se producen los datos que sustentan

las políticas en materia de drogas es fundamental en este contexto. Al reconocer que la insuficiencia en el registro de hechos fatales y no fatales de sobredosis no es resultado de un olvido o una exigüidad técnica, sino que responde a ejercicios de poder en un contexto sociohistórico específico, en el que impera una ideología punitiva frente al uso de sustancias, el ejercicio de vigilancia comunitaria de sucesos de sobredosis resulta fundamental para contar otras historias y documentar cómo viven, se enferman y mueren las personas con un uso problemático de opiáceos, pero también, cómo resisten y se organizan para no morir.

La etnoepidemiología, en tanto metodología de investigación-acción en el campo de las ciencias de la salud, permite generar un conocimiento que no sólo fortalece el ejercicio formal de la planeación en salud, al obtener mejores registros de morbimortalidad de la población usuaria de sustancias ilegales, sino que permite también confrontar las lógicas institucionales desde las cuales son producidos y validados los datos, al mismo tiempo que promueve la reflexión y el empoderamiento de las poblaciones frente a las condiciones que afectan sus condiciones de enfermedad y muerte. En este sentido, la experiencia piloto de prevención de sobredosis y registro de hechos fatales y no fatales desarrollada por el Programa Compañeros en Ciudad Juárez, que aquí describimos, no sólo permite, en lo inmediato, evitar muertes por sobredosis, sino que ayuda, en el medio plazo, a comprender mejor los contextos en los que las sobredosis tienen lugar y cómo las condiciones de edad, género y migración y las dinámicas de uso de sustancias se entrelazan produciendo riesgos diferenciados. En el largo plazo, la estrategia facilita la acumulación de evidencia necesaria para impulsar reformas a la Ley General de Salud que mejoren las condiciones de vida de las personas con uso problemático de sustancias.

Ante el aumento silencioso que documentamos de casos de sobredosis entre personas usuarias de opiáceos en todo el país, se hace imperativo transitar de un modelo de atención en salud

basado en la abstinencia y la criminalización de las personas usuarias, hacia una política pública de reducción de riesgos y daños, desde la cual se reconozca que las personas tienen derecho a decidir sobre el tipo de sustancias que usan sin que ello les signifique perder su vida, su condición de ciudadanos o su dignidad como sujetos. Sin políticas de reducción de riesgos y daños, y aferrándonos a la abstinencia como única opción para la promoción de la salud de las personas usuarias de sustancias, nos arriesgamos como sociedad a vivir una crisis de mortalidad por uso de opiáceos y estimulantes. La reducción de daños salva vidas. Entre más tiempo tarde el Estado mexicano en aceptar estos hallazgos, más muertes estaremos obligados a registrar.

FUENTES BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida-Filho, A. (2020). "Etnoepidemiología y salud mental: perspectivas desde América Latina". *Salud Colectiva*, 16: e2786.
- Álvarez, Y. y M. Farré (2005). "Farmacología de los opioides". *Adicciones*, 17 (2): 21-40.
- Carmona, B. E. (2021). "2020 violento: 1 637 asesinados en Ciudad Juárez", *La Verdad*, 1 de enero.
- Centro Nacional para la Prevención y Control del sida (CENSIDA) (2010). *Tamaño estimado de población HSH y UDIS en las ciudades prioritarias de propuesta Ronda 9*.
- (2016). *Vigilancia Epidemiológica de casos de VIH/sida en México. Registro Nacional de Casos de sida. Actualización al 13 de noviembre de 2015*. Secretaría de Salud. Dirección General de Epidemiología.
- Centros de Integración Juvenil (2018). *Droga de mayor impacto reportada por usuarios de drogas ilícitas solicitantes de tratamiento en Centros de Integración Juvenil del 1er semestre de 2008 al 1er semestre de 2018*. Dirección de Investigación y Enseñanza, Subdirección de Investigación, Sistema de Información Epidemiológica del Consumo de Drogas.

- Ciccarone, D. y P. Bourgois (2003). "Explaining the Geographical Variation of HIV Among Injection Drug Users in the United States". *Substance Use and Misuse*, 38 (14): 2049-2063.
- Cornejo E., R. Carreón, C. Denman y M. Castro (2009). *Intervenciones para disminuir los riesgos de transmisión de VIH/sida en población usuaria de drogas inyectadas en Hermosillo, Sonora. Avance de investigación*. Hermosillo: El Colegio de Sonora.
- Diario Oficial de la Federación (2013). Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012, Para la vigilancia epidemiológica.
- El Diario de Juárez (2019). *Cambia el mapa criminal de Juárez*.
- Fleiz-Bautista, C. et al. (2019). *Cuqueando la Chiva: Contextos del consumo de heroína en la frontera norte de México*. México: INPRFM.
- Frissard, P. y D. Osorio (2020). *Atlas de homicidios. México 2019*. México: México Unido Contra la Delincuencia.
- Goodman-Meza, D. et al. (2019). "Where is the Opioid use Epidemic in Mexico? A Cautionary Tale of Policymakers South of the US-Mexico Border". *American Journal of Public Health*, 109 (1): 78-82.
- Hedegaar, H., A. Miniño y M. Warner (2020). *Drug Overdose Deaths in the United States, 1999-2018*. NCHS Data Brief, núm. 356.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2016). *Estadística de defunciones generales. Marco metodológico*. Aguascalientes: INEGI.
- Jurgens, R., J. Csete, J. Amon, S. Baral y C. Beyrer (2010). "People who Use Drugs, HIV, and Human Rights". *The Lancet*, 376 (9739): 475-485.
- National Institute on Drug Abuse (2020). *Naloxona Drugfacts*.
- O'Donnell, J. K., R. M. Gladden y P. Seth (2007). "Trends in Deaths Involving Heroin and Synthetic Opioids Excluding Methadone, and Law Enforcement Drug Product Reports, by Census Region-United States, 2006-2015". *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 66: 897-903.
- Organización Panamericana de la Salud (2015). *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud, décima revisión*, Washington, D. C.: OPS.

- Ospina-Escobar, A. (2016). *Itinerarios de adversidad. Biografías de uso de drogas, estilos de vida y ambientes de riesgo al VIH en varones inyectores de Tijuana, Cd. Juárez y Hermosillo, México*. Tesis de doctorado. México: El Colegio de México.
- Ospina-Escobar, A. et al. (2018). "Comparing Risk Environments for HIV Among People who Inject Drugs from Three Cities in Northern Mexico". *Harm Reduct Journal*, 15 (1): 1-11.
- Ovalle, O. (2009). *Engordar la vena: discursos y prácticas sociales de los usuarios de drogas inyectables en Mexicali*. Mexicali: UABC.
- Paquette, C., J. Syvertsen y R. Pollini (2018). "Stigma at Avery Turn: Health Services Experiences Among People who Inject Drugs". *International Journal of Drug Policy*, 57: 104-110.
- Pollini, R. et al. (2009). "The Harm Inside: Injection During Incarceration among Male Injection Drug Users in Tijuana, Mexico". *Drug and Alcohol Dependence*, 103 (1-2): 52-58.
- Rafful, C. et al. (2018). "Increased Non-fatal Overdose Risk Associated with Involuntary Drug Treatment in a Longitudinal Study with People who Inject Drugs". *Addiction*, 113 (6): 1056-1063.
- Rojas, E., T. Real, S. García-Silberman y M. E. Medina-Mora (2011). "Revisión sistemática sobre tratamiento de adicciones en México". *Salud Mental*, 34 (4): 351-365.
- Rojas Giot, E. et al. (2009). "Tendencias en el consumo de drogas de 1998 a 2005 en tres ciudades de la zona norte de México: Ciudad Juárez, Monterrey y Tijuana". *Salud Mental*, 32 (1): 13-19.
- Romaní, O. (2019). *Un enfoque de salud pública en materia de drogas. De la cura de la enfermedad a la promoción de la salud colectiva*. Red Iberoamericana de Organizaciones No Gubernamentales que trabajan en Drogas y Adicciones (RIOD), España.
- Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud (s/f). *Sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios SAEH*.
- Seth, P., R. A. Rudd, R. Noonan y T. Haegerich (2018). "Quantifying the Epidemic of Prescription Opioid Overdose Deaths". *American Journal of Public Health*, 108 (4): 500-502.
- Summers, P. et al. (2018). "Negative Experiences of Pain and Withdrawal Create Barriers to Abscess Care for People who Inject Heroin. A Mixed Methods Analysis". *Drug and Alcohol Dependence*, 190: 200-208.
- Tabutin, D. (1997). "Sistemas de información en demografía". *Estudios Demográficos y Urbanos*, 12 (3): 377-426.
- Tribunal Superior de Justicia del Distrito Federal (2011). *Manual de procedimientos del servicio médico forense*.
- Valenzuela-Lara, M., M. Ponce-Ramos, K. Ruiz-Herrera y A. López González (2019). "Impact of Funding Harm Reduction Programs for People who Inject Drugs in Mexico". *Salud Mental*, 42 (4): 157-163.
- Villatoro-Velázquez, J. A. et al. (2017). *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017. Reporte de drogas*. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz/ Instituto Nacional de Salud Pública/ Comisión Nacional contra las Adicciones/ Secretaría de Salud.