

Propuesta de Diagnóstico del programa presupuestario E-025 - Prevención y Atención contra las Adicciones

1. Estructura General del Diagnóstico

Se realiza una revisión y análisis a nivel internacional y nacional de la problemática del consumo de sustancias psicoactivas y de sus efectos adversos a la salud; describiendo las principales características en cuanto a nuevos casos y aquellos que se mantienen en consumo; así mismo sobre la utilización de servicios para la prevención y atención, respecto a los recursos humanos, materiales y económicos disponibles en el sector. Se consideran, además, los avances en la materia y se definen los principales retos que deben superarse para el éxito del programa. Asimismo, describe el modelo operativo, la estructura y los niveles de responsabilidad, entre otros, de la Comisión Nacional de contra las Adicciones (CONADIC).

1.1 Antecedentes

El programa presupuestario E-025 Prevención y Atención contra las Adicciones (PP-E025) tiene como propósito beneficiar a la población mediante acciones de protección de la salud como un derecho de todos los mexicanos, atendiendo a la dimensión que ha alcanzado en nuestro país el consumo de sustancias psicoactivas como el alcohol, tabaco, cannabis y otras sustancias, especialmente con niños, niñas y adolescentes y su impacto socio sanitario en la población general.

De acuerdo con el Presupuesto de Egresos de la Federación, los recursos para la instrumentación de las acciones corresponden a las instituciones que tienen competencia en la prevención y atención del consumo de drogas:

- Comisión Nacional contra las Adicciones
- Instituto Nacional de Psiquiatría
- Centros de Integración Juvenil

De todos los problemas emergentes de salud pública, los trastornos mentales asociados al consumo de sustancias psicoactivas ocupan un lugar prioritario, debido a que, a nivel global, su reversión se ha estancado. Por señalar un dato contundente estadístico, la Enfermedad Obstructiva Crónica (EPOC) y la Isquémica del Corazón, ambas asociadas al consumo de tabaco, se encuentran dentro de las 7 primeras causa de muerte (IHME, 2017). Aunado a lo anterior, padecimientos como cáncer, enfermedades cardiovasculares, respiratorio crónicas, y los trastornos neurológicos, mentales y por consumo de sustancias psicoactivas, se ubican dentro de los primeras 15 causas de años de vida vividos con alguna discapacidad; sólo por debajo de padecimientos por infecciones, infectocontagiosas. Por ello, se trata de una problemática de salud que ha evolucionado que durante las últimas décadas en México y el mundo. Por su dimensión global y sus graves efectos en el desarrollo de los países, el consumo de sustancias psicoactivas que causan adicción y sus consecuencias exigen de los gobiernos la aplicación de políticas públicas claras, consistentes y de largo plazo, que integren en una acción sinérgica con todos los recursos disponibles de las instituciones y propicien una responsabilidad compartida, con la participación de los tres órdenes de gobierno, de la sociedad civil organizada y de las personas. Por ser multifactorial y complejo es tema obligado de la agenda internacional y uno de los mayores retos de salud pública.

Una visión amplia que representan el problema de las adicciones, parte del hecho de que el abuso de las sustancias psicoactivas (como el alcohol, el tabaco, la cannabis y otras plantas)

ha estado arraigado en hábitos y costumbres ancestrales de los grupos humanos, en consecuencias tiene denotaciones culturales. No obstante, el surgimiento de nuevas sustancias, procesadas en laboratorios, incluyendo las drogas médicas, han generado el crecimiento acelerado del problema del consumo, siendo evidente ello no solo en los países productores, sino también en los de tránsito, como lo fue el caso de México (ENA, 2008).

Ante tal panorama, relevante reducir las tendencias de la problemática de los últimos años, como el significativo estadísticamente el consumo de bebidas alcohólicas, especialmente en la población joven, el incremento en el uso de la cannabis y un reciente crecimiento del consumo de metanfetaminas, a la par de buscar la reducción al mínimo de las consecuencias adversas de dicho consumo.

En este tenor, es estratégica la incorporación de la atención de la problemática con la propuesta alternativa de tres niveles de la prevención, que se establecerán en el apartado de Experiencias de Atención, como base articuladora de las acciones a desarrollar frente al consumo de las sustancias psicoactivas legales e ilegales, sentando las bases en el ámbito comunitario. Al tiempo de vincular las estrategias de detección oportuna, atención integral, reinserción social y reducción de riesgos y daños en niveles más especializados del sector salud, con la coordinación de acciones entre los diferentes sectores.

Además, la estrategia de atención a las adicciones, parte de una visión global, encuadrada en instrumentos internacionales como el Convenio Marco para el Control del Tabaco, la Estrategia Mundial para la Reducción del Uso Nocivo de Alcohol, la Estrategia Hemisférica sobre Drogas y los Convenciones Internacionales para la Fiscalización de Drogas de la ONU. En el ámbito nacional, la coordinación se hace de manera coordinada con los servicios de salud de nivel federal, estatal y municipal, así como el trabajo conjunto con otras dependencias gubernamentales y organizaciones del tercer sector.

1.2 Identificación, definición y descripción del problema o necesidad

En el contexto de la realidad actual, se deben visibilizar las tendencias del consumo de sustancias psicoactivas, como se reporta en el siguiente apartado, se observa una transición epidemiológica que vive nuestro país, el cual además experimenta la aparición de nuevas sustancias psicoactivas y nuevos dispositivos de administración (como en el caso del tabaco y la cannabis).

Es indispensable también, atenderse oportunamente la experimentación del consumo entre niños, niñas y adolescentes, quienes usan sustancias a edades cada vez más tempranas, lo que genera importantes retos a enfrentar en el cuidado de la salud mental, por ello, son necesarias las medidas preventivas más oportunas, integrales e integradas que pongan en el centro a los grupos más vulnerables.

Asimismo, si bien el consumo en las mujeres es menor al de los hombres, sigue en aumento y con proporciones cercanas al de los varones sobre todo en edades tempranas, por lo que se requieren medidas de prevención y atención integral con enfoque de género no binario, que atiendan las necesidades particulares de las mujeres y personas de la diversidad sexual.

Además, se debe promover la salud mental en la población desde el primer nivel de atención, al tiempo implementar medidas para disminuir el impacto del consumo y ofrecer alternativas de atención accesibles, oportunas e integrales.

1.2.1 Definición del problema

El consumo de sustancias psicoactivas ha incrementado entre la población de todo el país; particularmente entre las y los adolescentes de 12 a 17 años, en quienes se identifican riesgos para el inicio de un proceso adictivo.

A nivel mundial, la mortalidad por consumo de drogas aumentó en 60% entre 2000 y 2015. Las personas mayores de 50 años representaron 39% de estos decesos en 2015. Alrededor de las tres cuartas partes de las muertes asociadas a trastornos por consumo de drogas, en el mismo grupo etario, fueron a causa de drogas opioides.

La Secretaría de Salud, a través de la Comisión Nacional contra las Adicciones, ha establecido diversos mecanismos para el monitoreo de la evolución del consumo de sustancias psicoactivas, tales como la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017, la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes 2014, las Encuestas Nacionales de Adicciones 2002, 2008 y 2011, que proporcionan información sobre las prevalencias del consumo; por otro lado, el Observatorio Mexicano de Drogas (OMD), recopila, analiza y reporta información de la morbilidad y mortalidad asociada al consumo, como se muestra a continuación:

Consumo de bebidas alcohólicas

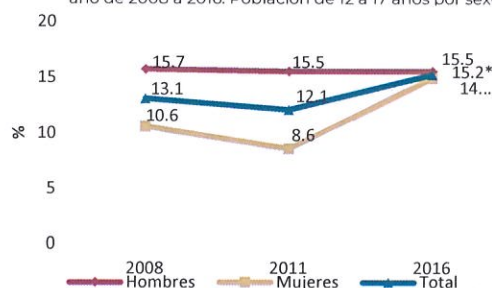
El consumo excesivo de alcohol¹ en el último año en la población de 12 a 65 años tuvo un incremento estadísticamente significativo, al pasar de 28% (22.2 millones) en 2011 a 33.6% (28.6 millones) en 2016, correspondiente al 45.5% (18.7 millones) de los hombres y 22.6% (9.9 millones) de las mujeres (Figura 1).

Para el caso de la población de 12 a 17 años de edad (Figura 2), se presentó un incremento estadísticamente significativo, de 12.1% (1.6 millones) en 2011 a 15.2% (2.1 millones) en 2016, mostrando diferencias importantes en el caso de las mujeres con 8.6% (571 mil) en 2011 a 14.9% (1.05 millones) en 2016; en el caso de los varones la tendencia se mantuvo estable con 15.5% para ambos resultados (1.05 millones y 1.1 millones respectivamente).

Figura 1. Tendencia del consumo excesivo de alcohol en el último año de 2008 a 2016. Población de 12 a 65 años por sexo.



Figura 2. Tendencia del consumo excesivo de alcohol en el último año de 2008 a 2016. Población de 12 a 17 años por sexo.



* Incremento estadísticamente significativo de 2011 a 2016.

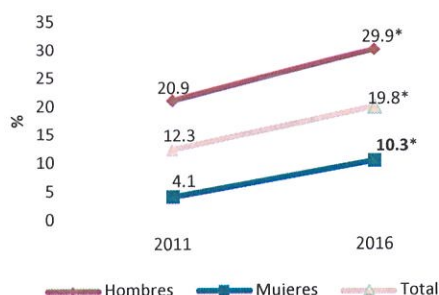
Respecto al consumo excesivo de alcohol en el último mes, en la Figura 3 se observa la prevalencia en aumento para población de 12 a 65 años, donde también se encontraron diferencias estadísticamente significativas de 2011 con una prevalencia de 12.3% (9.7 millones) a 19.8% (16.8 millones) en 2016, de los cuales 29.9% (12.3 millones) son hombres y 10.3% (4.5 millones) son mujeres.

En población adolescente de 12 a 17 años, se observa una tendencia similar a la de consumo excesivo en el último año, donde sólo se reportan diferencias estadísticamente significativas

¹ Consumo excesivo: se consideraron a aquellas personas que en un periodo de tiempo específico han consumido cinco copas o más en una sola ocasión en el caso de los hombres, o cuatro copas o más en una sola ocasión para las mujeres.

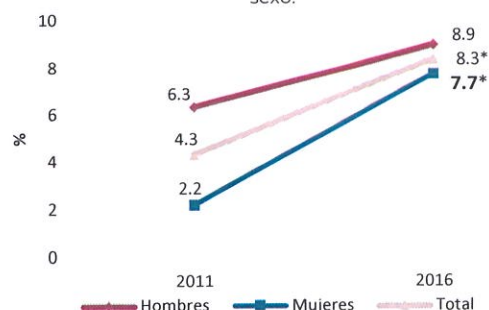
para el caso de las mujeres con 2.2% (144 mil) en 2011 a 7.7% (544 mil) en 2016 y población total 4.3% (571 mil) en 2011 y 8.3% (1.1 millones) para 2016. En el caso de los varones, a pesar de mostrar un incremento, éste no refleja una diferencia estadísticamente significativa, de 6.3% (427 mil) en 2011 a 8.9% (643 mil) en 2016. También se puede apreciar que no existen diferencias tan marcadas en el patrón de consumo entre hombres y mujeres (Figura 4).

Figura 3. Tendencia del consumo excesivo de alcohol en el último mes de 2011 a 2016. Población de 12 a 65 años por sexo.



* Incremento estadísticamente significativo de 2011 a 2016.

Figura 4. Tendencia del consumo excesivo de alcohol en el último mes de 2011 a 2016. Población de 12 a 17 años por sexo.



El consumo consuetudinario² en población de 12 a 65 años de edad, también mostró diferencias estadísticamente significativas al pasar de 5.6% en 2002 a 8.5% en 2016 en la población general (Figura 5).

Para la población adolescente es muy notorio el incremento, ya que del 1% (137 mil) que se reportó en 2011, se incrementó la prevalencia a 4.1% (594 mil) para 2016. En las mujeres es más perceptible el incremento, ya que de 0.4% (23 mil) en 2011 incrementó significativamente a 3.9% (276 mil). Para el caso de los hombres también se observa un incremento significativo, del 1.7% (113 mil) en 2011 a 4.4% (318 mil) en 2016, ver la Figura 6.

Figura 5. Tendencia del consumo consuetudinario de 2002 a 2016. Población de 12 a 65 años por sexo.

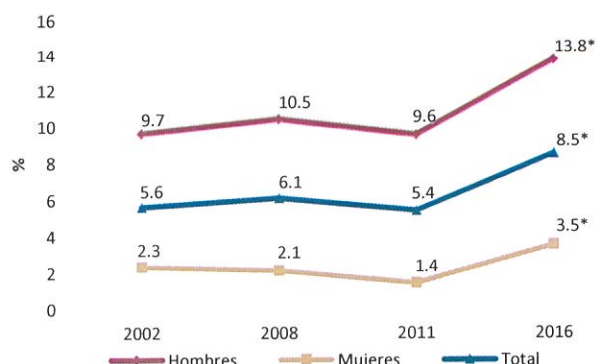
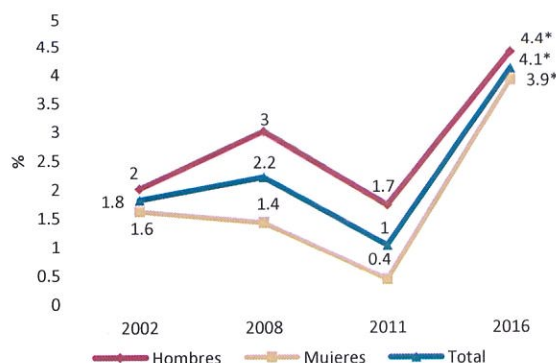


Figura 6. Tendencia del consumo consuetudinario de 2002 a 2016. Población de 12 a 17 años por sexo.



Para el indicador de dependencia³, muestra la tendencia a la baja de 2002 a 2016 en población de 12 a 65 años de edad en 2011 el 10.8% de los hombres (4.1 millones) presentaron criterios de dependencia y para el 2016 solo el 3.9% (1.6 millones); en el caso de las mujeres se observa que de 1.8% (740 mil) en 2011 decrementa a 0.6% (267 mil) en 2016. (Figura 7).

² Consumo consuetudinario: se consideraron a aquellas personas que por lo menos una vez a la semana consumen cinco copas o más en una sola ocasión en el caso de los hombres, o cuatro copas o más en una sola ocasión para las mujeres.

³ Dependencia: se consideraron a aquellas personas que presentaron tres o más síntomas, de acuerdo a los criterios diagnósticos del DSM-IV en un periodo de 12 meses previos a la entrevista.

Para la población de 12 a 17 años con criterios de dependencia también se observa una tendencia a la baja. Para 2011 se tenía una prevalencia de 4.1% (550 mil) de adolescentes, de los cuáles 6.2% (422 mil) son hombres y 2% (132 mil) fueron mujeres y 0.7% (50 mil) mujeres (Figura 8).

Figura 7. Tendencia de Dependencia, según criterios diagnósticos, de 2002 a 2016. Población de 12 a 65 años por sexo.

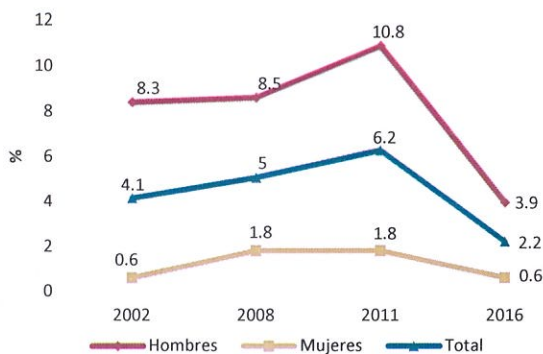
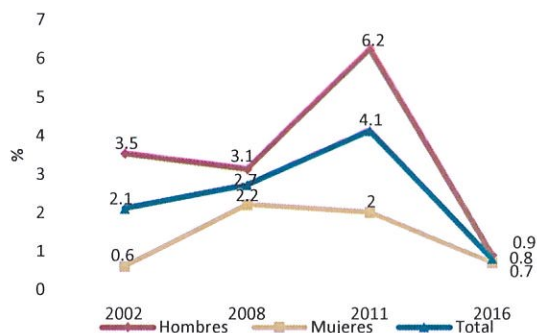


Figura 8. Tendencia de Dependencia, según criterios diagnósticos, de 2002 a 2016. Población de 12 a 17 años por sexo.



Es de destacar que en población femenina de 12 a 65 años de edad, el consumo se encuentra muy por debajo del nivel de consumo en los varones. Sin embargo, entre la población adolescente, esas diferencias se vuelven marginales, lo que lleva a prestar especial atención a ésta población implementando políticas públicas integrales que aborden como eje central la salud mental y la prevención del consumo de sustancias.

Consumo de tabaco

En México, existe una tendencia a la baja de fumadores actuales⁴ en población de 12 a 65 años (Figura 9), reportándose en 2016 los índices más bajos desde 2002, con una prevalencia de 17.6% (14.9 millones), de los cuales 27.1% (11.1 millones) corresponden a varones y el 8.7% (3.8 millones) a mujeres. Para el caso de la población adolescente (12 a 17 años) se muestra una tendencia pronunciada a la baja, la cual se puede observar (Figura 10), con una prevalencia de 12.3 % en 2011 a 4.9% (684 mil) en 2016, de los cuáles 6.7% (474 mil) son hombres y 3.0% (210 mil) son mujeres.

Figura 9. Tendencia para fumador actual de 2002 a 2016. Población de 12 a 65 años por sexo.

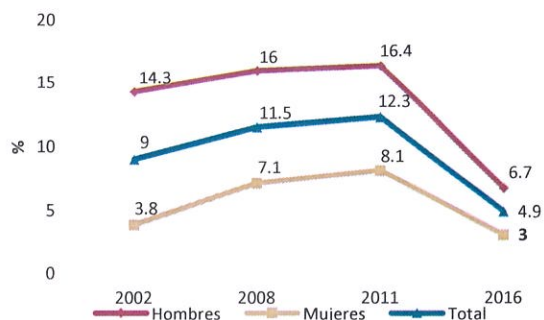
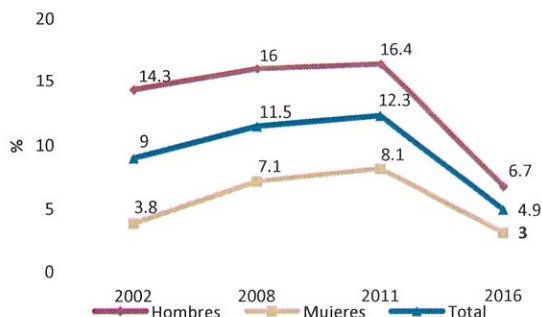


Figura 10. Tendencia para fumador activo de 2002 a 2016. Población de 12 a 17 años por sexo.



Respecto al indicador Fumador actual en el último mes, (Figura 11) se pueden apreciar valores muy similares en los totales en población de 12 a 65 años, de 17% (13.5 millones) en 2011 a 17.6% (14.9 millones) en 2016, de los cuales se muestran ligeros cambios, a la alza en

hombres, de 25.2% (9.7 millones) a 27.1% (11.1 millones) y a la baja en mujeres, de 9.3% (3.8 millones) a 8.7% (3.8 millones) en 2016.

Figura 11. Tendencia para fumador actual en el último mes, de 2011 a 2016. Población de 12 a 65 años por sexo.

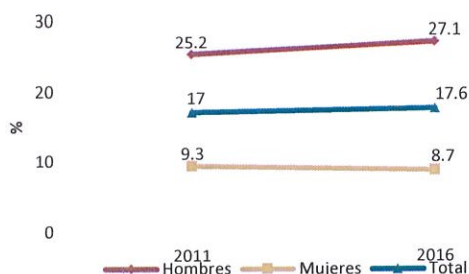
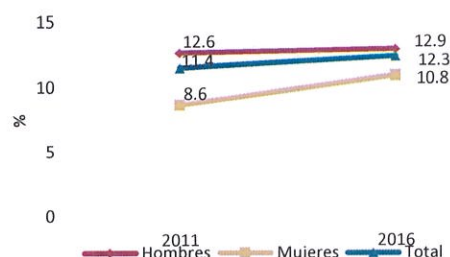


Figura 12. Tendencia del indicador de Dependencia en fumadores diarios, de 2011 a 2016. Población de 12 a 65 años por sexo.



En relación a la Dependencia⁵ en fumadores diarios en la población de 12 a 65 años de edad (Figura 12), se observa un comportamiento muy similar entre las prevalencias de 2011 y 2016, sin diferencias estadísticamente significativas, para el 2016 el 12.3% (1.8 millones) de la población total reporta consumir su primer cigarro dentro de los primeros 30 minutos de haberse levantado, el 12.9% (1.4 millones) son hombres y el 10.8% (410 mil) son mujeres.

Consumo de otras drogas

Cualquier droga

El consumo de otras sustancias como la marihuana, cocaína, estimulantes de tipo anfetamínico, entre otras, tiene características distintas al alcohol y tabaco. De acuerdo a la ENCODAT⁶, el consumo de cualquier droga alguna vez en la vida entre la población de 12 a 65 años fue de 10.3% (8.7 millones)⁷. Para la población de hombres fue de 16.2% (6.6 millones) en tanto que para mujeres representó el 4.8% (2.1 millones). Lo anterior representa un aumento significativo respecto a la prevalencia de cualquier droga alguna vez en la vida, registrada en la Encuesta Nacional de Adicciones 2011 (Tabla 1).

Tabla 1. Consumo cualquier droga alguna vez en la vida, de 2011 a 2016. Población de 12 a 65 años.

	ENA 2011		ENCODAT 2016	
	%	(pe)	%	(pe)
Hombres	13.0	5,007,493	16.2*	6,649,216
Mujeres	3.0	1,227,788	4.8*	2,133,000
Total	7.8	6,235,281	10.3*	8,782,216

* Incremento estadísticamente significativo de 2011 a 2016.

El consumo de cualquier droga en el último año fue de 2.9% (2.5 millones); en hombres fue de 4.6% (1.9 millones) en tanto que para mujeres representó el 1.3% (594 mil). Este aumento fue significativo respecto a la prevalencia de consumo de cualquier droga en el último año registrada en la Encuesta Nacional de Adicciones 2011 (Tabla 2).

⁵ Dependencia: para esta categoría no se evaluaron todos los síntomas, sólo uno de los principales indicadores de dependencia física, "Tiempo que tarda un fumador en encender su primer cigarro del día".

⁶ Secretaría de Salud (2016). Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco

⁷ Representatividad a nivel nacional: N = 85,262,058 (Hombres= 41,168,617; Mujeres= 44, 093,441) En adelante este dato de población que se asocia a los porcentajes identificados en la ENCODAT están basados en esta estimación.

Tabla 2. Consumo de cualquier droga en el último año, comparativo entre encuestas 2011 y 2016.

	ENA 2011		ENCODAT 2016	
	%	(pe)	%	(pe)
Hombres	3.0	1,145,859	4.6*	1,914,168
Mujeres	0.7	306,923	1.3*	594,920
Total	1.8	1,452,782	2.9*	2,509,088

* Incremento estadísticamente significativo de 2011 a 2016.

Respecto al consumo de cualquier droga en el último mes, la prevalencia en el total de la población fue de 1.5% (1.3 millones); de los cuales el 2.7% (1.1 millones) son hombres y 0.5% (201 mil) son mujeres. (Tabla 3)

Tabla 3. Consumo de cualquier droga en el último mes, comparativo entre encuestas 2011 y 2016.

	ENA 2011 ^a		ENCODAT 2016	
	%	(pe)	%	(pe)
Hombres	1.7	668,562	2.7	1,116,059
Mujeres	0.2	93,076	0.5	201,250
Total	1.0	761,638	1.5	1,317,310

Drogas ilegales

El consumo de drogas ilegales alguna vez en la vida se incrementó significativamente de 7.2% en 2011 a 15.8% en 2016. Este incremento fue significativo tanto para hombres (12.5% a 15.8%) como para mujeres (2.3% a 4.3%), ver Figura 13

Figura 13. Tendencia de consumo de drogas ilegales alguna vez en la vida, de 2011 a 2016. Población de 12 a 65 años por sexo.

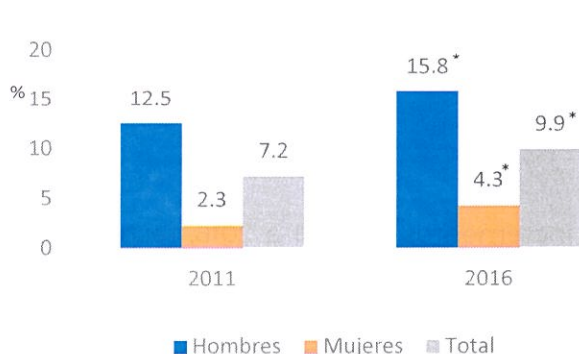
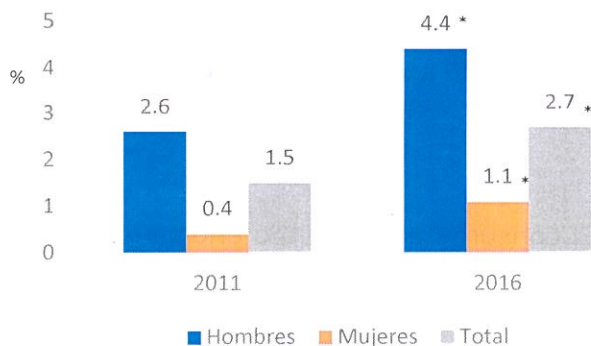


Figura 14. Tendencia de consumo último año de drogas ilegales, de 2011 a 2016. Población de 12 a 65 años por sexo.



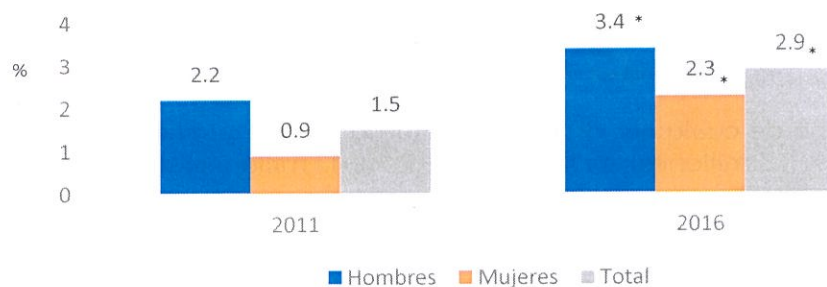
* Incremento estadísticamente significativo de 2011 a 2016.

Por su parte, el consumo de drogas ilegales en el último año también tuvo un incremento de 2011 a 2016 (Figura 14). En 2016, 2.2 millones de mexicanos consumieron drogas ilegales (2.7%), de los cuáles 1.8 millones eran hombres (4.4%) y 474 mil eran mujeres (1.1%).

El consumo en adolescentes (12 a 17 años) en el último año también presentó incrementos significativos de 2011 a 2016 Figura 15, pasando de 207 mil (1.5%) a 414 mil (2.9%), de los cuales 248 mil son hombres (3.4%) y 165 mil son mujeres (2.3%).

^a En la ENA 2011 no se recolectaron datos sobre consumo en el último mes, sin embargo, para fines de análisis los desarrolladores recalcularon los datos para hacerlos comparables con la ENCODAT 2016-2017.

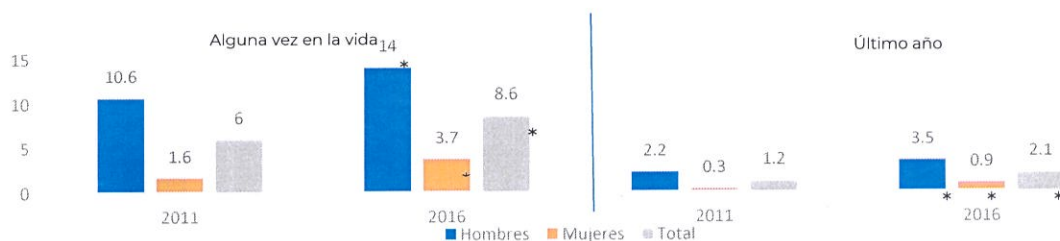
Figura 15. Tendencia de consumo último año de drogas ilegales, de 2002 a 2016. Población de 12 a 17 años por sexo.



Consumo de marihuana

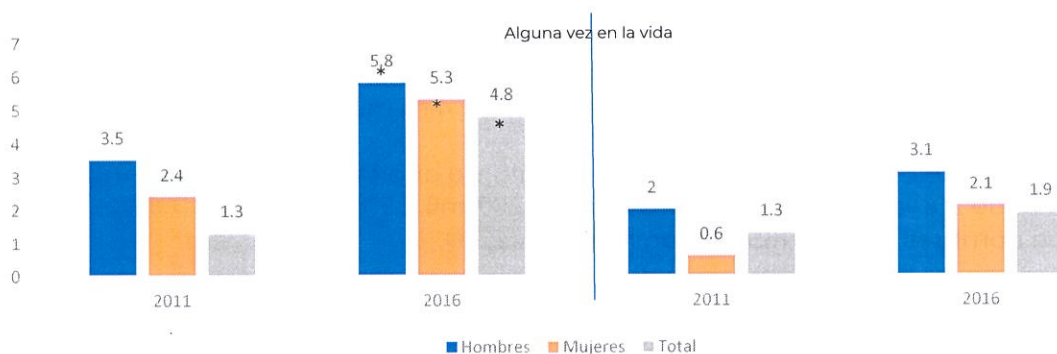
La marihuana sigue siendo la droga ilegal de mayor consumo en nuestro país. De acuerdo a los datos de la ENCODAT 2016–2017, la prevalencia de consumo alguna vez en la vida en población de 12 a 65 años, pasó de 6.0% (4.7 millones) en 2011, a 8.6% en 2016 (7.3 millones). La Figura 16 muestra dicha tendencia por sexo y se puede apreciar que, aunque el consumo alguna vez en la vida es mayor en hombres que en mujeres.

Figura 16. Tendencia de consumo alguna vez en la vida y último año, de 2011 a 2016. Población de 12 a 65 años.



El consumo en el último año también presentó incrementos de 2011 a 2016, respecto al consumo de marihuana alguna vez en la vida (Figura 17).

Figura 17. Tendencia de consumo de marihuana alguna vez en la vida y en el último año de 2011 a 2016. Población de 12 a 17 años por sexo.



Otras sustancias

Respecto al uso de otras sustancias, la segunda más consumida, después de la marihuana es la cocaína, los inhalables y las drogas médicas. Si bien en todos estos grupos de sustancias se ha presentado un incremento, especialmente entre los hombres, ningún crecimiento es tan significativo como el del consumo de marihuana. Es de destacar que sustancias de baja prevalencia como los tranquilizantes, los estimulantes de tipo anfetamínico y la heroína, entre otras, representan un reto importante para la salud pública, particularmente porque se consumen entre poblaciones que nos son fácilmente identificables y por sus consecuencias adversas en la salud (Figura 18 y 19).

Figura 18. Prevalencia de consumo alguna vez en la vida.
Población de 12 a 65 años por sexo.

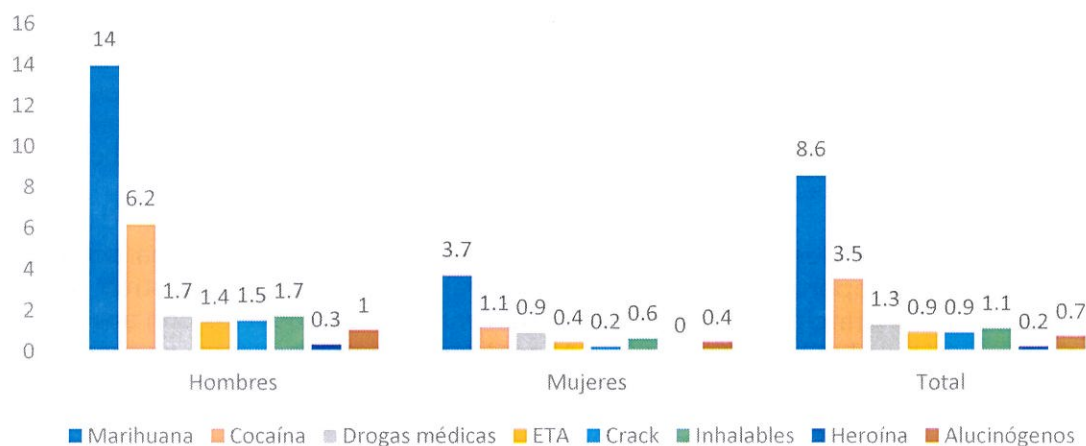
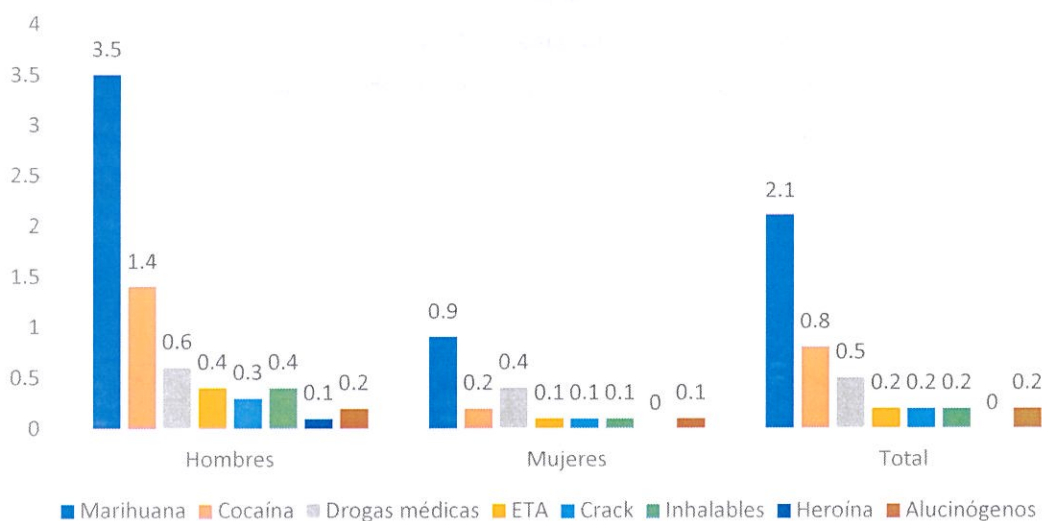


Figura 19 Prevalencia de consumo en el último año.
Población de 12 a 65 años por sexo.



1.2.2 Estado actual del problema

Si bien las Encuestas Nacionales proveen de información muy importante respecto al consumo de sustancias entre la población general, y en reconocimiento de que el programa presupuestario E025, contribuye a la atención de la problemática de su competencia, también se hace necesario delimitar el estado actual del problema en el contexto de los servicios y la participación de la Federación a través de las Comisiones Estatales contra las Adicciones (CECAS) y las Unidades de Especialidades Médicas Centros de Atención Primaria a las Adicciones (UNEME CAPA), desde la perspectiva de la detección oportuna y la atención de las personas que han decidido iniciar y mantener el consumo de sustancias psicoactivas.

Riesgo psicosocial

El riesgo psicosocial es un índice de vulnerabilidad en los adolescentes de 12 a 17 años, población objetivo el PP-E025, que es evaluado a través del POSIT (Problem Oriented Screening Inventory for Teenagers), instrumento que identifica 7 áreas en las que probablemente exista riesgo de presentar problemas relacionados con el uso/abuso de drogas: uso y abuso de sustancias, salud mental, relaciones familiares, relaciones con amigos, nivel educativo, interés vocacional y conducta agresiva.

Respecto a los datos de riesgo psicosocial de los y las adolescentes que participaron en acciones de detección oportuna (prevención selectiva) en 2018 y 2019 muestran que en la población general, los principales riesgos se encuentran en las relaciones con amigos, en el ámbito escolar y la salud mental (Figura 20). Al analizar los datos por sexo, se presentan las mismas frecuencias en el caso de las mujeres (Figura 21) y en los hombres (Figura 22).

Figura 20. Riesgo psicosocial en población adolescente de 12 a 17 años atendida en los CAPA

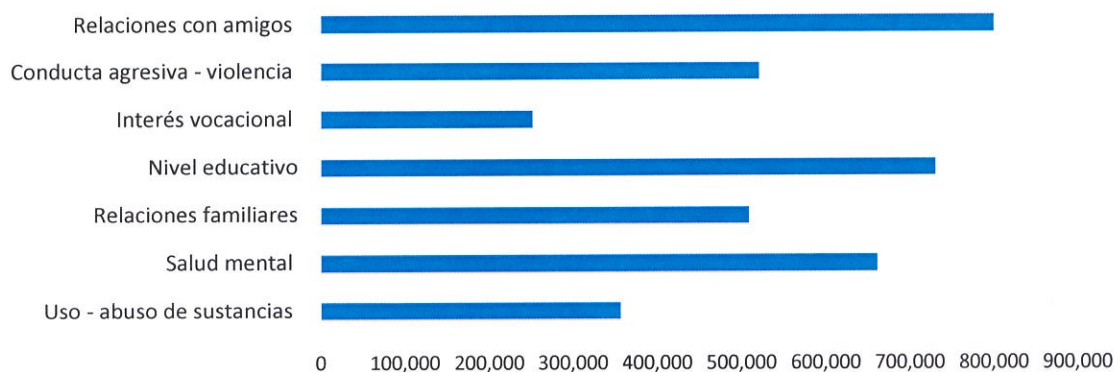


Figura 21. Riesgo psicosocial en mujeres adolescentes de 12 a 17 años atendidas en los CAPA

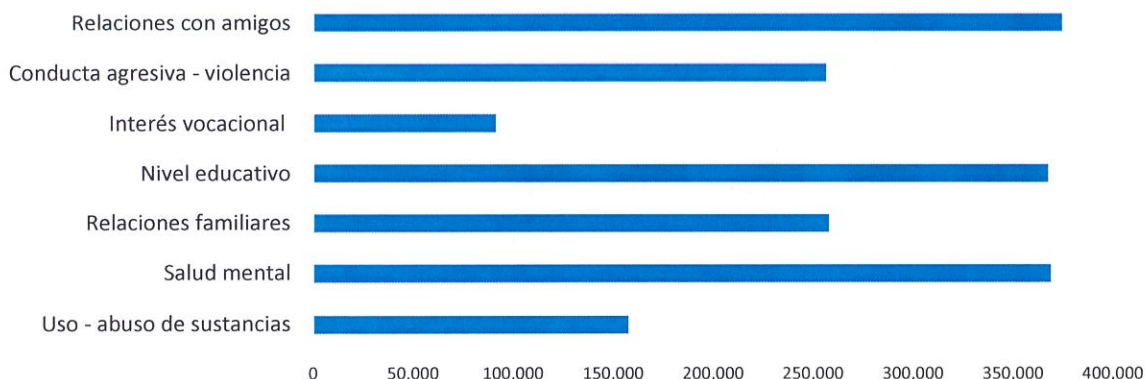
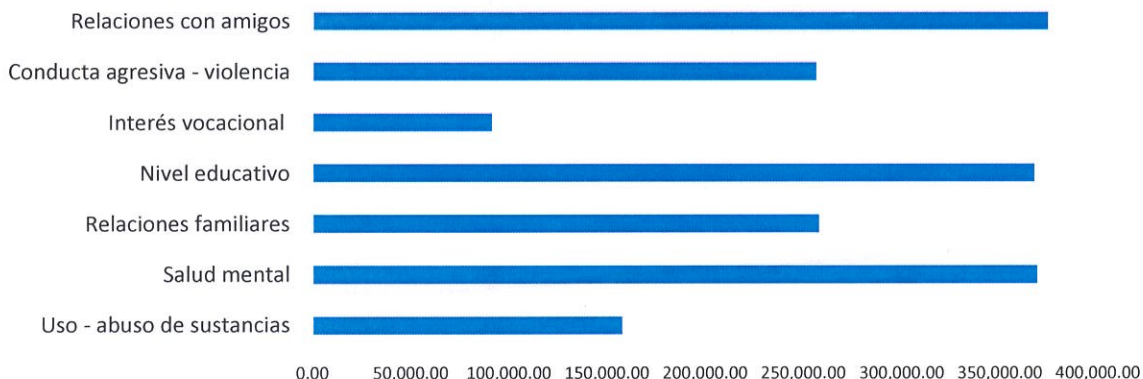


Figura 22. Riesgo psicosocial en hombres adolescentes de 12 a 17 años atendidos en los CAPA



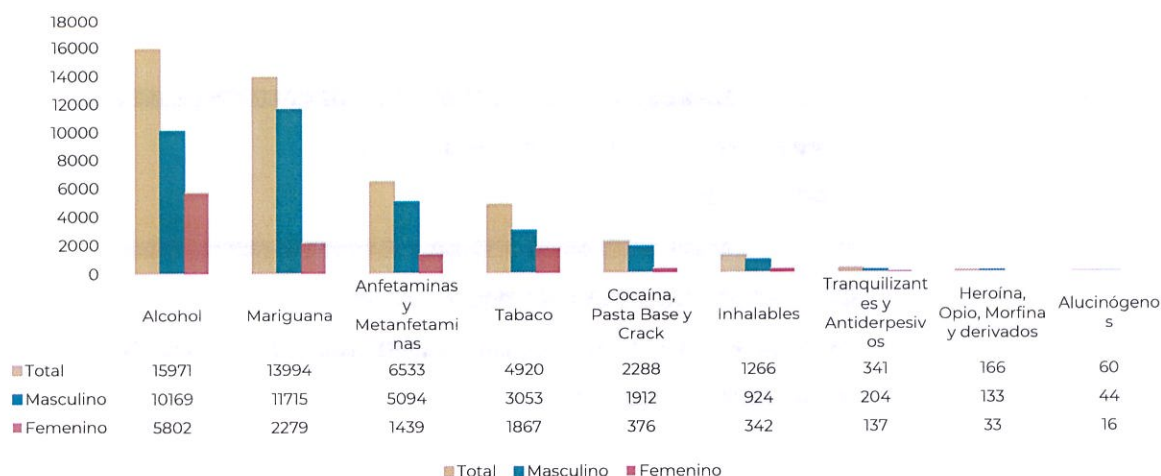
Información epidemiológica de las personas que acuden a la red nacional de atención de tratamiento

Centros de Atención Primaria en Adicciones (CAPA)

De acuerdo con datos de 2018, registrados en el Sistema de Información de los Consejos Estatales contra las Adicciones (SICECA) por las Unidades de Especialidades Médicas Centros de Atención Primaria a las Adicciones (UNEME CAPA) a nivel nacional, se admitió en tratamiento a 45,605 personas que presentaban problemas derivados del consumo de sustancias psicoactivas, la principal droga de impacto⁹ por la que se solicitó tratamiento fue el alcohol (35.0%), seguida de la marihuana (30.7%), las metanfetaminas (14.1%) y el tabaco (10.8%), (Figura 23).

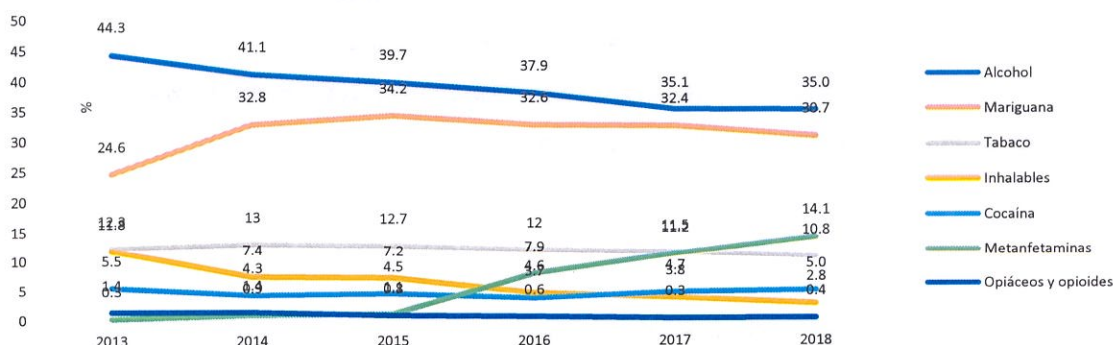
⁹ Droga por la que el usuario decide solicitar tratamiento o aquella que percibe como la que le causa mayores problemas.

Figura 23. Principales drogas de consumo en solicitantes a tratamiento en UNEME. CAPA, 2018.



La demanda de tratamiento del año 2013 al 2018 indica que la principal sustancia por la que los usuarios solicitan tratamiento en estas unidades es el alcohol, seguida de la marihuana (principal droga ilegal por la que se solicita tratamiento) y el tabaco (Figura 24).

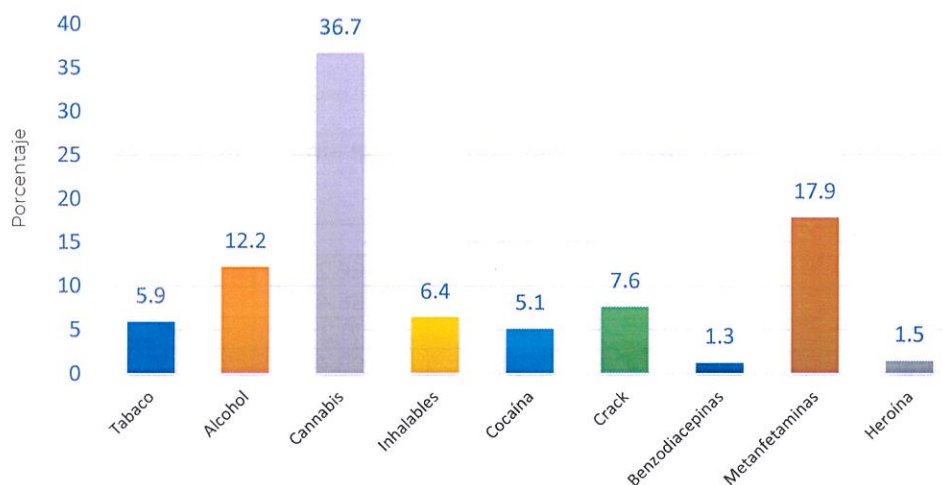
Figura 24. Porcentaje de las drogas de impacto en los solicitantes a tratamiento en UNEME CAPA (2013-2018)



Centros de Integración Juvenil, A.C.

En 2018, 21,989 personas solicitaron tratamiento en los Centros de Integración Juvenil (CIJ), de los cuales 18,094 fueron hombres y 3,895 mujeres (82.3 y 17.7% respectivamente). La droga de mayor impacto, es decir, aquella por la cual el usuario decide solicitar tratamiento o aquella que percibe como la que le causa mayores problemas, fue la cannabis (36.7%), seguido de las metanfetaminas (17.9%) y el alcohol (Figura 25).

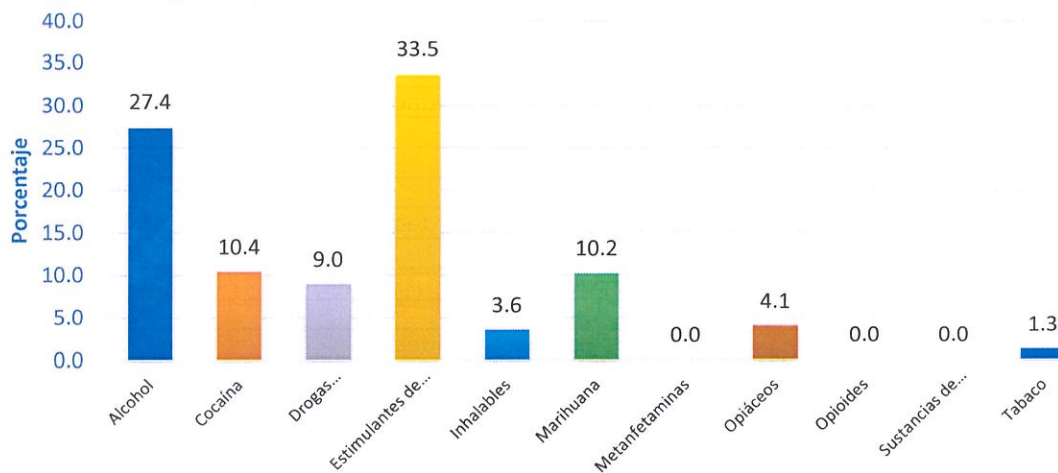
Figura 25. Principales drogas de mayor impacto en solicitantes a tratamiento en CIJ



Centros de tratamiento residencial no gubernamentales

El Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA) recaba información entre otros apartados, de las atenciones otorgadas en los Centros Residenciales No Gubernamentales. En 2018 el SISVEA registró un total de 71,601 usuarios, el 92.3% (66,053) pertenecieron al sexo masculino y el 7.7% al femenino. En 2018, la principal droga de impacto fueron los estimulantes de tipo anfetamínico (33.5%), seguidos del alcohol (27.4%), la cocaína (10.4%) y la marihuana (10.2%), (Figura 26).

Figura 26. Droga de impacto en los solicitantes a tratamiento Centros de Tratamiento No Gubernamentales, 2018



En consecuencia, el consumo de sustancias psicoactivas permanece latente en la sociedad mexicana; por un lado, la edad de inicio de consumo de sustancias psicoactivas ha disminuido a lo largo de las últimas décadas (20.6 años en 2002, 18.7 en 2008, 18.8 en 2011 y 17.8 años en 2016), en los hombres pasó de 19.8 años en 2002 a 17.7 años en 2016 y en las mujeres de 23.6 años a 18.2 años.

Adicionalmente, ha disminuido la percepción de riesgo respecto al uso de sustancias psicoactivas, lo cual se relaciona estrechamente con un mayor riesgo para la

experimentación (Uribe, 2011¹⁰). En la ENCODAT 2016, se exploró la percepción de riesgo en distintos grupos, como se muestra en la Tabla 4, la población percibe mayor riesgo de consumir sustancias denominadas “duras” como la heroína, la cocaína o los inhalables, no así el consumo de alcohol o marihuana.

Tabla 4. Percepción de riesgo de consumir sustancias psicoactivas.

Es muy peligroso consumir...	Marihuana	Heroína	Cocaína	Inhalables	Alcohol
Hombres %					
12-17	42.7	65.7	66.2	64.8	42.7
18-34	39.8	65.7	66.4	67.1	39.8
35-65	43.0	68.4	71.2	71.7	43.0
Subtotal	41.6	66.8	68.4	68.7	41.6
Mujeres %					
12-17	48.5	69.1	69.7	68.5	48.5
18-34	46.7	68.9	71.7	70.7	46.7
35-65	50.6	71.5	73.7	74.0	50.6
Subtotal	48.7	70.1	72.3	71.8	48.7
Total %					
	45.3	68.5	70.4	70.3	45.3

Aunado a lo anterior, se ha identificado un importante impacto en la salud como lo es la carga de enfermedad, en este sentido, a través del Estudio Mundial de Carga de Enfermedad¹¹ se puede identificar que los efectos adversos del consumo en México han crecido en los últimos 5 años (Tabla 5), aunque se registran otros indicadores, aquí específicamente se señalan, los años perdidos debido a enfermedad, discapacidad o muerte prematura (AVAD).

Tabla 5. Carga de Enfermedad de consumir sustancias psicoactivas

Año	Indicador	Número
2015	Años vividos con discapacidad	21,740,533
	Muertes	266,217
	Años de vida ajustados por discapacidad	32,665,346
	Años de vida perdidos	10,924,813
2016	Años vividos con discapacidad	22,178,180
	Muertes	275,022
	Años de vida ajustados por discapacidad	33,486,119
	Años de vida perdidos	11,307,938
2017	Años vividos con discapacidad	22,602,078
	Muertes	281,037
	Años de vida ajustados por discapacidad	34,177,582
	Años de vida perdidos	11,575,504
2018	Años vividos con discapacidad	22,830,600
	Muertes	288,673
	Años de vida ajustados por discapacidad	34,715,115
	Años de vida perdidos	11,884,516
2019	Años vividos con discapacidad	22,952,260
	Muertes	296,097
	Años de vida ajustados por discapacidad	35,134,744
	Años de vida perdidos	12,182,483

¹⁰ Uribe, J., Verdugo, J. Zacarías, J. (2011). Relación entre percepción de riesgo y consumo de drogas en estudiantes de bachillerato. Psicología y Salud, Vol. 21, Núm. 1: 47-55

¹¹ Institute for Health Metrics and Evaluation (2020). Global Burden of Disease Study 2019 Results. Available from <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>.

1.2.3 Evolución del problema

La marihuana ha ocupado los primeros lugares de preferencia entre la población desde la primera encuesta nacional de 1988, la cocaína ha mostrado variaciones importantes y desplaza a los inhalables en las preferencias de la población desde finales de los años ochenta e inicios de los noventa, cuando aparece en el mercado nacional. Desde entonces, ha mostrado fluctuaciones importantes; además y con base en los resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones de 2008, que fueron consistentes con los estudios que se hacen en poblaciones especiales, indicaron que el consumo de drogas ilegales y médicas en la población rural y urbana de entre 12 y 65 años de edad ha aumentado. Por grupos de población, se observa que, si bien el consumo de drogas ilegales es mayor en los hombres (en una proporción de 4.6 hombres por cada mujer), el índice de crecimiento es mayor en las mujeres entre las cuales el consumo de drogas ilegales se duplicó. La marihuana y la cocaína son las sustancias preferidas por la población. El consumo de la primera ha aumentado.

Más recientemente, en la población total, el consumo de cualquier droga, de drogas ilegales y de marihuana alguna vez en la vida, ha aumentado significativamente entre el año 2011 y el 2016, al pasar de 7.8%, 7.2% y 6% a 10.3%, 9.9% y 8.6%, respectivamente. En mujeres incrementa cerca de 2 veces el consumo de marihuana (ENCODAT, 2016-2017).

Por ello, el consumo de sustancias psicoactivas en México ha sido un problema de salud pública desde los inicios del siglo pasado, para la década de los veinte, lo más preocupante para la sociedad era el consumo de alcohol, dando origen a la creación del Comité Nacional de Lucha contra el Alcoholismo, en los años sesenta y setenta, el surgimiento y uso de sustancias como la marihuana y la aparición en los mercados de drogas como la cocaína o la heroína, dieron lugar a la creación de los Centros de Integración Juvenil y del Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia, para los años ochenta, el consumo de drogas lícitas e ilícitas fue en aumento, surgiendo problemáticas muy específicas, como el uso de inhalables en poblaciones jóvenes, el uso de drogas como la heroína en zonas fronterizas, el incremento del consumo excesivo y explosivo de alcohol y la dependencia al tabaco, generando la creación del Consejo Nacional contra las Adicciones. Los años noventa y dos mil, mostraron el impacto del tráfico ilícito de drogas en México, ya que, al ser un país de paso hacia los Estados Unidos, las sustancias además de cruzar las fronteras se quedaron en el territorio y fueron consumidas entre la población, especialmente aquellas como la cocaína, la marihuana o las metanfetaminas. En los últimos años, se ha identificado que la transición epidemiológica muestra una disminución del consumo el tabaco, especialmente en menores, un incremento del uso de dispositivos electrónicos para el consumo de nicotina, un incremento del uso explosivo del alcohol, un relevante problema de consumo de heroína en la frontera norte (combinada o no con Fentanilo), un crecimiento sin precedentes del consumo de marihuana (asociado con las nuevas posturas regulatorias a nivel internacional) y la aparición del uso de cannabinoides sintéticos, así como, un significativo crecimiento de consumidores de metanfetaminas y la presencia del uso de Nuevas Sustancias Psicoactivas o sustancias no reguladas internacionalmente (World Drug Report 2021; OPS, 2010).

1.2.4 Experiencias de atención

Atribuible a los adelantos de la ciencia y a un mejor entendimiento de las bases que explican los diversos efectos de las sustancias psicoactivas, su búsqueda por parte de los individuos y el desarrollo de la dependencia, se han podido implementar estrategias más efectivas de prevención y tratamiento. Se puede afirmar que el consumo y abuso de sustancias son conductas prevenibles y que la adicción es una enfermedad que puede tratarse. Este principio básico ha tardado más tiempo en permear hacia la población; aún prevalece un

proceso de estigma hacia las personas consumidoras, factor que influye en el retraso o en la falta de búsqueda de atención.

La prevención se entiende como todas las iniciativas (políticas, estrategias, programas, acciones y actividades) que con base en la evidencia disponible de cada momento, intentan específicamente reducir la prevalencia del consumo de sustancias, retrasar la edad del primer consumo, así como evitar o reducir los daños personales o sociales producidos por el consumo, el uso nocivo o el abuso de drogas.

En la década de los 90, el National Institute of Drug Abuse (NIDA) consideró que el tradicional concepto de prevención propuesto por Caplan (1980) clasificado como primaria, secundaria y terciaria, ya no se ajustaba al creciente énfasis de los factores de riesgo; por lo cual retoma la propuesta de Gordon (1987), planteando mejores criterios para la selección de la población a la cual dirigir las acciones y determinando las estrategias concretas para cada tipo poblacional. Los nuevos tipos de prevención propuestos corresponden a la prevención: universal, selectiva e indicada¹².

Este nuevo continuo, permite establecer una delimitación más precisa de los programas de prevención en intervenciones universales, selectivas e indicadas, que se describen a continuación:

- a) Prevención Universal, se refiere al tipo de programa que se dirige a toda la población o a un grupo amplio de personas que no están identificados con un factor de riesgo individual. La mayoría de los programas que entran en esta clasificación son de base escolar y tratan de fomentar habilidades y clarificar los valores entre su población. Aquí se incluyen diferentes contextos como el comunitario.
- b) Prevención Selectiva, alude al tipo de programas dirigidos a un segmento concreto de la población, que de acuerdo con datos objetivos (aportados por la epidemiología u otro tipo de investigación), se encuentra sometido a factores de riesgo capaces de generar problemas relacionados con el consumo de drogas. Existe evidencia de que la efectividad de estos programas se incrementa cuanto más sistemática y tempranamente se ofrezcan.
- c) La prevención indicada, se reserva exclusivamente para personas que ya están mostrando indicios de consumo de drogas y otros problemas de conducta asociados (bajo rendimiento escolar, ausencias de clase, injustificadas, agresividad, etc.), pero que no han alcanzado la condición requerida para ser diagnosticados con abuso de drogas o dependencia de acuerdo con los criterios de los manuales diagnósticos.

Por ello, la población de propósito de atención en este PP-E025 son las y los adolescentes de 12 a 17 años de edad, con la meta de que participan en acciones de prevención de adicciones, así como reducir la prevalencia del consumo de las diferentes sustancias psicoactivas.

Para avanzar hacia el cumplimiento de ello, actualmente y en términos generales, la prevención se apoya en los resultados de las investigaciones epidemiológicas y en la etiología del comportamiento, las cuales muestran que aquellos llamados factores de riesgo¹³ propician una mayor ponderación o peso probabilístico para predecir un problema de consumo de sustancias psicoactivas, y aquellos factores que ayudan a disminuir dicho

¹² Castaño, Guillermo A. 2006. Nuevas tendencias en prevención de las drogodependencias. Revista Salud y Drogas, Vol. 6, Num 2. En Instituto de Investigación de Drogodependencias. Alicante España. Sitio web: <https://www.redalyc.org/pdf/839/83960202.pdf>

¹³ Los factores de riesgo son aquellas circunstancias personales, sociales o relacionadas con la sustancia que hacen más probable que un sujeto se inicie el consumo de drogas.

peso probabilístico son los denominados como factores de protección¹⁴. Es decir, con la participación en acciones de prevención la intención es favorecer los factores protectores, que eventualmente reducirían tanto los riesgos de decidir consumir como los propios eventos de consumo. Por necesidad, es que los servicios ofrecidos en las entidades federativas con el ejercicio presupuestal del PP-E025, van asignados prioritariamente en las acciones de preventivas dirigidas a este grupo etario.

Aunado a lo anterior, las investigaciones han mostrado que un factor clave de éxito en las estrategias preventivas, consiste en involucrar a la comunidad como agente activo de cambio positivo, y con la finalidad de brindar apoyo útil a los hacedores de las políticas públicas, los programas, los educadores y los líderes sociales/comunitarios, el National Institute on Drug Abuse (NIDA)¹⁵ postuló algunos principios para la prevención de adicciones, los cuales son considerados como referentes para los diversos programas preventivos nacionales. De manera general, consisten en:

1. Los programas de prevención deben mejorar los factores de prevención y revertir o reducir los factores de riesgo; tanto de la persona como de la comunidad local.
2. Deben dirigirse a todas las sustancias psicoactivas, así como todas sus formas de uso y abuso.
3. Deben ser diseñados para tratar riesgos específicos a las características de la población (por ejemplo, la edad, el sexo).
4. Deben mejorar la compenetración y las relaciones familiares e incluir habilidades para ser mejores padres y así favorecer el cimiento de la relación entre los padres y los hijos.
5. Deben ser diseñados para intervenir tan tempranamente como sea posible (desde los años preescolares pueden abordar los factores de riesgo para el abuso de sustancias psicoactivas más tarde, tales como el comportamiento agresivo, conducta social negativa, y dificultades académicas).
6. Los programas de prevención para los niños de la primaria deben ser dirigidos al mejoramiento del aprendizaje académico y socio-emotivo para tratar factores de riesgo para el abuso de sustancias psicoactivas.
7. Los programas de prevención para los estudiantes de la escuela media y de la secundaria, deben aumentar la competencia académica y social.
8. Los programas de prevención comunitarios pueden combinar dos o más programas eficaces, pues se ha demostrado que dan resultados más eficientes que un programa individual.
9. Los programas de prevención deben tener bases científicas, contemplar ser costo eficientes y tener la capacidad de adaptarse a sus necesidades, normas comunitarias, o diferentes requerimientos culturales.
10. Los programas de prevención deben ser contemplados a largo plazo con intervenciones repetidas para fortalecer las metas originales de la prevención, así como emplear técnicas interactivas (por ejemplo, discusiones entre grupos de la misma edad) para permitir una participación activa en el aprendizaje significativo sobre el abuso de sustancias psicoactivas y refuerzo de habilidades.

Los diversos programas preventivos que han sido desarrollados a nivel nacional consideran el modelo de factores de riesgo y protección, los principios para la prevención de adicciones del NIDA, y tienen como base los siguientes modelos:

¹⁴ Se entiende por factor de protección "un atributo o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que inhibe, reduce o atenúa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas o la transición en el nivel de implicación con las mismas.

¹⁵

- Modelo transteórico del cambio (Prochaska y DiClemente) que considera en el diseño de las intervenciones, la disposición al cambio que una persona puede tener ante una situación (por ejemplo, la del consumo de sustancias psicoactivas).
- Modelo de Desarrollo Positivo Adolescente (Oliva, Ríos, Antolini, Parra, Hernando y Pertegal) que busca promover el desarrollo de las habilidades y competencias emocionales y sociales necesarias para la vida durante la etapa adolescente, pues juegan un papel fundamental el afrontamiento de situaciones de riesgo.
- Modelo de desarrollo de habilidades para la vida (Organización Mundial de la Salud) que contempla el ejercitamiento de destrezas que pueden apoyar a las personas para relacionarse mejor consigo mismas, con las demás personas y con el entorno.
- Modelo de Determinantes Sociales de la Salud (Organización Mundial de la Salud) para reconocer la necesidad de un abordaje contemplando las condiciones contextuales que pueden exponer a diversos riesgos a determinados grupos de la población, lo cual es de alta relevancia considerando que México es un país de grandes contrastes sociales.

Desde el ámbito de la atención, se ha privilegiado a nivel nacional el modelo cognitivo conductual por contar con suficiente sustento científico de su efectividad¹⁶. A diferencia de los modelos conductuales tradicionales, que se centran en las conductas observables, la teoría cognitiva considera a los eventos antecedentes, las cogniciones y la conducta de manera interactiva y dinámica. La Teoría Cognitiva, parte de los problemas psicológicos se derivan de procesos de pensamiento erróneos. Esta teoría se compone de tres factores bidireccionales¹⁷:

- 1) cogniciones o pensamientos
- 2) afectos o sentimientos
- 3) la conducta

Las intervenciones cognitivo-conductuales enfatizan la compleja interacción entre los eventos cognitivos, procesos, productos y estructuras, el afecto, la conducta observable, el contexto social, y las experiencias que contribuyen a las varias aristas de la conducta disfuncional. En el contexto de las adicciones, la terapia Cognitivo-Conductual, ha tenido resultados positivos ofreciendo tratamientos breves, de bajo costo y de efectos duraderos. En sus diversas modalidades, han sido las más utilizadas y estudiadas en su aplicación al tratamiento de las adicciones. Diversos metaanálisis han aportado evidencia sobre los beneficios de este tipo de terapias en el tratamiento de la dependencia de sustancias (Irvin, Bowers, Dunn y Wang, 1999; Miller y Wilbourne, 2002). Los indicadores de efectividad más ampliamente utilizados para estimar el efecto de las terapias cognitivo-conductuales (TCC) han sido la reducción de la frecuencia y cantidad de consumo, la retención en tratamiento, la reducción de sintomatología asociada al consumo y la reducción de conductas desadaptativas, como la comisión de actos delictivos; en todos ellos, la TCC se ha mostrado útil en adictos (Carroll y Onken, 2005; Finney et al., 2007). En este enfoque se considera a la persona como proactiva, con iniciativa, capaz de anticipar las consecuencias de sus actos, planear su futuro y tomar libremente decisiones racionales y acertadas, en tanto sus procesos cognoscitivos de simbolización y representación, interactúan de manera recíproca con sus acciones y el contexto social en que se desenvuelve.

¹⁶ Fullana, MA., Fernández, DC. L., Bulbena, A., & Toro, J. (2011). Eficacia de la terapia cognitivo conductual para los trastornos mentales. *Med Clin (Barc)*, 1-5.

¹⁷ Carrascosa, C. (2007). *Terapia Cognitivo Conductual para el tratamiento de las adicciones: fundamentos conceptuales y procedimientos clínicos*. México: Facultad de Psicología-UNAM, CONACyT.

Es por ello que las intervenciones breves cognitivo conductuales adaptadas y desarrolladas en México han sido adoptadas por las UNEME-CAPA y los Centros de Integración Juvenil, específicamente por su costo-efectividad, por estar respaldadas en la evidencia científica y por su énfasis en la visión del usuario como una persona proactiva que busca mejorar su salud y sus relaciones sociales, así como su ambiente.

1.2.5 Árbol del problema

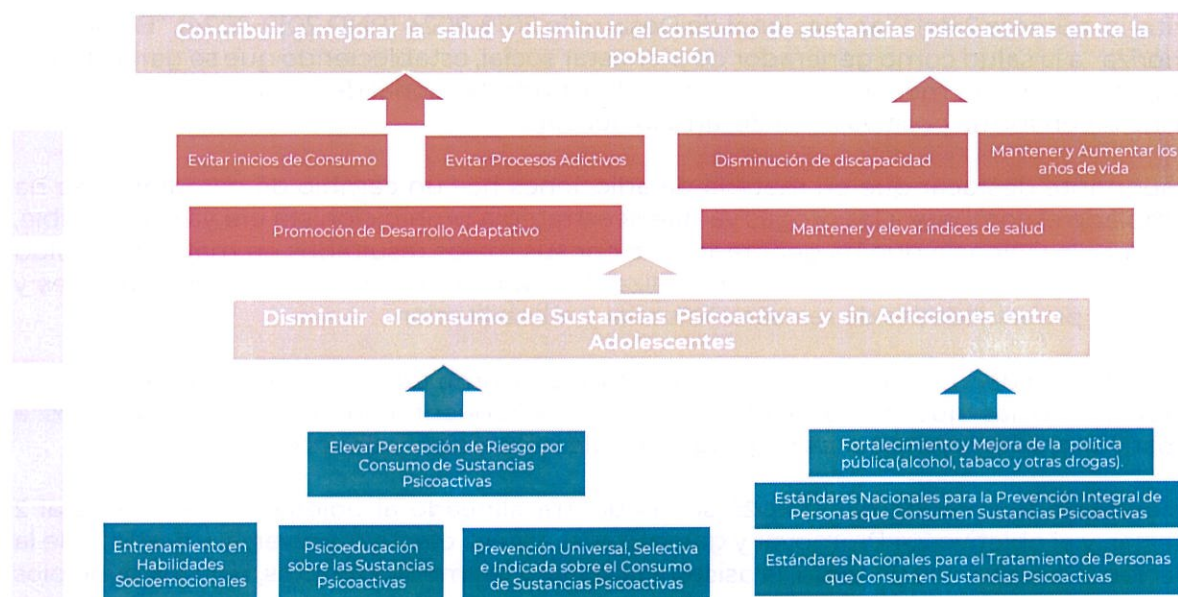
Figura 27. Árbol del problema



1.3 Objetivos

1.3.1 Árbol de objetivos

Figura 28. Árbol de objetivos



Objetivo General

Contribuir a la prevención y atención integral de personas que consumen de sustancias psicoactivas y disminuir el impacto en la salud y las consecuencias adversas de su uso, a través de acciones integrales para el control de las adicciones.

Objetivos Específicos

1. Evitar el consumo de sustancias psicoactivas entre la población, particularmente entre niñas, niños y adolescentes, con un enfoque preventivo integral del consumo, con participación intersectorial, interinstitucional, de las organizaciones de la sociedad civil y los tres órdenes de gobierno, incorporando una perspectiva de género no binaria, multiculturalidad, de respeto a los derechos humanos y sensibilidad con el ciclo de vida.
2. Elevar el acceso a los servicios de atención integral para personas con riesgo y con consumo de sustancias psicoactivas y que presentan comportamientos adictivos, con un enfoque de respeto a los derechos humanos, no discriminatorio y de calidad en la atención.
3. Fortalecer el marco normativo que regula el acceso a diversas sustancias psicoactivas, así como la prestación de servicios de prevención y atención integral, con el propósito de garantizar la protección de los derechos de las personas consumidoras y asegurar el acceso a los servicios.
4. Impulsar la investigación y vigilancia basada en evidencia científica que contribuya a la comprensión epidemiológica de los trastornos de salud mental y el consumo de sustancias entre la población mexicana, con el propósito de fortalecer la toma de decisiones y el desarrollo de políticas públicas.

1.3.3 Aportación del programa a los objetivos del Plan Nacional de Desarrollo y de la institución

Con la atención integral de la salud y las adicciones, se busca la mejora de la calidad de vida de las personas y aumentar de forma indirecta los años de vida productivos.

El objetivo más importante del gobierno de la Cuarta Transformación es que en 2024 la población de México esté viviendo en un entorno de bienestar y está plasmado en el eje prioritario número 2 del Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024 (PND 2019-2024), "Bienestar", se prioriza a la salud como generador de bienestar social, estableciendo que se garantizarán los servicios de salud mediante la creación del Instituto Nacional de Salud para el Bienestar para incidir en forma positiva en el desarrollo del país.

Es importante destacar que en materia de adicciones hay un cambio de paradigma, se ha reformulado el combate a las drogas ya que la estrategia prohibicionista era ya insostenible, no solo por la violencia que ha generado sino por sus malos resultados en materia de salud pública. El modelo prohibicionista criminaliza de manera inevitable a los consumidores y reduce sus probabilidades de reinserción social y rehabilitación.

La única posibilidad real de reducir los niveles de consumo de drogas reside en levantar la prohibición de las que actualmente son ilícitas y reorientar los recursos destinados a combatir su trasiego y aplicarlos en programas de reinserción y desintoxicación.

Considerando lo anterior, el PP-E025 se encuentra alineado al objetivo del eje general 2 Bienestar, y al objetivo 2.4 Promover y garantizar el acceso efectivo, universal y gratuito de la población a los servicios de salud, la asistencia social y los medicamentos, bajo los principios

de participación social, competencia técnica, calidad médica, pertinencia cultural y trato no discriminatorio.

En el marco del objetivo 2.4, la CONADIC desarrolla sus actividades vinculándose a cinco estrategias:

- 2.4.1 Ampliar el acceso efectivo de la población a los servicios de salud, priorizando a grupos en situación de vulnerabilidad, marginación o discriminación, y reconociendo las aportaciones de la medicina tradicional.
- 2.4.2 Desarrollar e implementar estrategias integrales para mejorar la formación y profesionalización del personal encargado de otorgar los servicios de salud.
- 2.4.4. Mejorar los procesos de vinculación entre el sector salud y la población, promoviendo la participación ciudadana, con énfasis en el trato digno e incluyente, no discriminatorio y con especial enfoque en la población con diversidad sexual y de género.
- 2.4.5 Fomentar la investigación y la cultura de la promoción y prevención en salud, así como la vigilancia sanitaria, con pertinencia cultural, sensible al ciclo de vida y con perspectiva de género, basada en investigación científica y articulando esfuerzos interinstitucionales entre los diferentes actores del sector salud.
- 2.4.7 Promover y mejorar el acceso a los servicios de salud mental y apoyo psicológico en el Sistema Nacional de Salud Pública, con énfasis en la población afectada por la violencia, la migración, y los desastres naturales, entre otros.

Las estrategias de la CONADIC también incorporan los criterios del Eje Transversal 1 “Igualdad de género, no discriminación e inclusión”, considerando que no se discrimine por motivos de índole socioeconómica, de género, origen étnico, orientación sexual, nacionalidad, condición de discapacidad, condición social o económica, así como desigualdades territoriales. Y por otro lado, al Eje Transversal 2 “Combate a la corrupción y mejora de la gestión pública”, ya que resulta necesario establecer en el diseño de los programas gubernamentales consideraciones encaminadas a eliminar la corrupción, garantizar la eficiencia en la administración de los recursos públicos y lograr una mayor eficacia de la gestión pública.

Con la participación de la CONADIC en la Estrategia Nacional de Prevención de Adicciones y en el marco de la Campaña “Juntos por la Paz” se contribuye además de combatir los efectos indeseables de la estrategia prohibicionista realizada en el pasado, ya que se proporcionará información objetiva con propósitos preventivos, a la población de todos los grupos de edad, en todos los contextos de intervención, sobre los verdaderos efectos que produce el consumo de sustancias psicoactivas.

1.3.4 Aportación del programa a los objetivos del Programa Sectorial de Salud 2020-2024 (PROSESA)

Las acciones del PP-E025 que coordina la CONADIC están estrechamente vinculadas a dos objetivos y doce líneas de acción del PROSESA.

Objetivo prioritario 4. Garantizar la eficacia de estrategias, programas y acciones de salud pública, a partir de información oportuna y confiable, que facilite la promoción y prevención en salud, así como el control epidemiológico tomando en cuenta la diversidad de la población, el ciclo de vida y la pertinencia cultural. Los retos en materia de salud pública que actualmente se enfrentan en México, están relacionados con la transición demográfica y epidemiológica, lo que los convierte en una prioridad nacional para mejorar la salud y bienestar de los mexicanos.

Objetivo prioritario 5. Mejorar la protección de la salud bajo un enfoque integral que priorice la prevención y sensibilización de los riesgos para la salud y el oportuno tratamiento y control de enfermedades, especialmente, las que representan el mayor impacto en la mortalidad de la población.

Líneas de acción:

4.2.6 Participar en el proceso interinstitucional relacionado con la regulación y legalización del cannabis, para anticipar adecuaciones que resulten procedentes en el sistema nacional de salud.

4.4.7 Fomentar acciones integrales, para reducir la presencia de factores de riesgo para la salud, particularmente en niñas, niños adolescentes, jóvenes y grupos en situación de vulnerabilidad, como son el consumo del tabaco, la exposición pasiva al humo del tabaco y el consumo nocivo de alcohol.

5.3.1 Reorganizar la atención, seguimiento y evaluación del sistema de salud mental y adicciones para ampliar la cobertura y la atención continua con base en las necesidades de la población, especialmente a aquella afectada por violencias, desastres naturales o situación de emergencia humanitaria.

5.3.2 Facilitar el acceso a los servicios de salud mental, apoyo psicológico y prevención de adicciones en el primer nivel de atención, bajo el principio de equidad, no discriminación y con sensibilidad al ciclo de vida y enfoque de género.

5.3.3 Fortalecer los modelos de atención integral a través de servicios médicos, de salud mental integrados y con capacidad de respuesta para las personas con trastornos mentales y/o adicciones conforme a las necesidades de la población desde una perspectiva de enfoques transversales.

5.3.4 Fomentar la cultura de calidad en los servicios de salud mental, adicciones y apoyo psicológico monitoreando la aplicación de protocolos y prácticas basadas en evidencia científica, tanto en la atención primaria, como en los diferentes niveles de atención para procurar la recuperación de las personas.

5.3.5 Promover la orientación y consejería eficaz en prestadores de atención formal e informal en salud mental y adicciones, así como el uso de tecnologías electrónicas y móviles para fomentar la atención oportuna de las personas, garantizando un trato digno, incluyente y con pertinencia cultural.

5.3.6 Implementar campañas y programas nacionales para la prevención del suicidio y autolesiones, consumo de sustancias y conductas susceptibles a generar adicciones, para promover condiciones saludables de vida y trabajo, especialmente para población vulnerable e individuos con perfiles de riesgo.

5.3.7 Fortalecer los mecanismos para la intervención temprana, mediante la prevención, detección oportuna y tratamiento de los problemas de salud mental y adicciones, especialmente durante la infancia y la adolescencia.

5.3.8 Vincular los servicios de salud mental con programas prioritarios, y estrategias interinstitucionales para articular intervenciones encausadas a fomentar la salud mental, prevenir trastornos mentales y adicciones y brindar atención incluyente y con pertinencia cultural, pluralismo ético y no estigmatización.

5.3.9 Fortalecer alianzas interinstitucionales y con organizaciones de la sociedad civil para la investigación y diseño de instrumentos técnicos para desarrollar capacidades de atención en salud mental, adicciones y discapacidades psicosociales con perspectiva de derechos humanos y política pública.

5.3.10 Promover la participación ciudadana e iniciativas culturales, educativas, deportivas y laborales a través de la coordinación interinstitucional para generar conciencia social sobre riesgos y reducir la vulnerabilidad frente a los trastornos mentales, consumo de sustancias y conductas adictivas.

Es dentro de este marco que el PP-025 enfoca su trabajo en el fortalecimiento en la atención integral de la salud particularmente los trastornos debido al consumo de sustancias psicoactivas, el impulso de iniciativas orientadas a contrarrestar los impactos en la salud de la población, brindando atención prioritaria a mujeres, niñas, niños y adolescentes.

Las tendencias crecientes de desigualdad, exclusión, violencia y el alto índice de comisión de delitos, en combinación con la ausencia de una política integral de atención con enfoque territorial, y por población objetivo, han generado problemáticas y asimetrías que se manifiestan en diversos ámbitos del desarrollo individual y social, los cuales deben abordarse para mejorar la calidad de vida de las personas.

En muchos lugares del país existen sectores que se caracterizan por su precariedad, rezago y exclusión socioeconómica, lo que ha generado procesos de degradación y desintegración social, destacando entre ellos, una dinámica de incremento de adicción a las drogas, sobre todo entre la población más joven.

1.3.5 Estrategias prioritarias Programa Especial para la Prevención y Atención Integral del Consumo de Sustancias Psicoactivas en el marco del PP-E025

En el marco del PP-E025, el Programa Especial para la Prevención y Atención Integral del Consumo de Sustancias Psicoactivas considera estrategias a ser implementadas desde sus respectivos ámbitos de competencia por la Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC), los Centros de Integración Juvenil (CIJ) y el Instituto Nacional de Psiquiatría:

1. Implementar políticas públicas preventivas que contribuyan al bienestar de salud de la población.
2. Fortalecer la coordinación con los tres órdenes de gobierno para desarrollar acciones preventivas en regiones y/o demarcaciones, de manera diferenciada y considerando sus diagnósticos situacionales.
3. Fortalecer las capacidades técnicas de las organizaciones e instituciones que implementan acciones en materia de prevención de problemas de salud atribuible al consumo de sustancias psicoactivas con el propósito de garantizar la calidad de los servicios.
4. Fortalecer la red de unidades de atención integral de trastornos del comportamiento por consumo de sustancias psicoactivas, con un enfoque de Atención Primaria de Salud Integrada.
5. Fortalecer la calidad de los servicios de atención integral de los trastornos por consumo de sustancias psicoactivas.
6. Fortalecer las capacidades técnicas de las organizaciones e instituciones que proporcionan servicios de atención integral de trastornos del comportamiento por consumo de sustancias psicoactivas.
7. Actualizar y fortalecer el marco jurídico, normativo y medidas regulatorias de las sustancias psicoactivas.
8. Actualizar el marco normativo para la prestación de servicios de prevención y atención integral del consumo de sustancias psicoactivas.

9. Dar cumplimiento a los acuerdos, convenios y tratados establecidos a nivel internacional.
10. Impulsar acciones de investigación y vigilancia epidemiológica del consumo de sustancias psicoactivas.

1.4 Cobertura

La prospectiva de cobertura del PP-E025 toma como base la estimación poblacional a nivel nacional y el número de estudiantes en sus diferentes niveles, al ser los espacios en los que se suelen implementar acciones de prevención y atención integral.

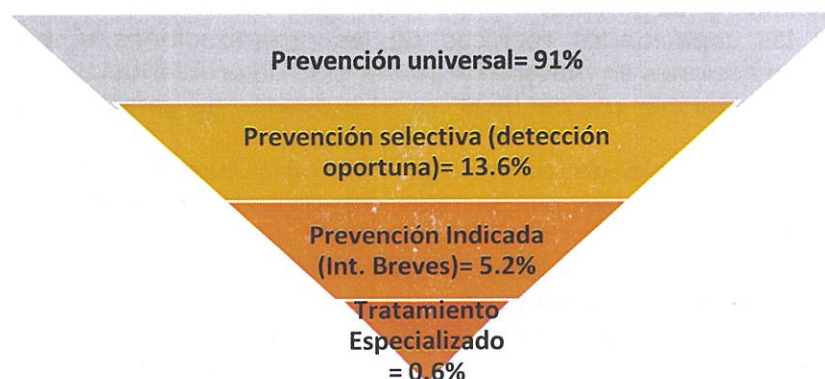
Tabla 6. Cobertura del PP-025

Grupo poblacional	Población objetivo
Niñas y niños en la escuela, y estudiantes universitarios¹⁸:	24,331,021
• Pre-escolar	4,734,627
• Primaria	13,862,321
• Secundaria	6,407,056
• Universidad, educación terciaria	4,061,644
Género¹⁹	
• Femenino	64,540,634
• Masculino	61,473,390
LGBTIQ+	S/D
Población indígena	7,364,645
Migrantes y refugiados	S/D
Personas en lugar de trabajo	61,121,324

1.4.1 Identificación y caracterización de la población o área de enfoque potencial

La población de referencia se ubica en las personas entre 5 y 65 años del país, eventualmente susceptible de consumir sustancias adictivas, tomando como marco de actuación, la proyección de las necesidades de atención de acuerdo con la epidemiología de consumo (Figura 32).

Figura 32. Necesidades de atención de acuerdo con las prevalencias de las Encuesta Nacionales de Adicciones



¹⁸ Fuente: Secretaría de Educación Pública, 2020

¹⁹ Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2021).

1.4.2 Identificación y caracterización de la población o área de enfoque objetivo

La población potencial es el segmento de la población altamente vulnerable, en el caso del PP-E025 se considera a las personas de 5 y 65 años del país, cuya distribución estatal se muestra a continuación:

Tabla 7. Distribución estatal de la población objetivo

Entidad federativa	Total											
	5 a 9 años	10 a 14 años	15 a 19 años	20 a 24 años	25 a 29 años	30 a 34 años	35 a 39 años	40 a 44 años	45 a 49 años	50 a 54 años	55 a 59 años	60 a 64 años
Estados Unidos Mexicanos	10,764,379	10,943,540	10,806,690	10,422,095	9,993,001	9,420,827	9,020,276	8,503,586	7,942,413	7,037,532	5,695,958	4,821,062
Aguascalientes	131,048	129,717	131,967	127,020	118,426	106,825	99,257	92,378	84,669	74,121	58,865	48,306
Baja California	299,654	312,348	315,639	340,359	328,244	302,389	292,069	273,611	260,844	221,388	168,653	134,022
Baja California Sur	66,933	67,665	65,469	66,743	68,798	67,779	64,927	59,389	51,771	43,337	33,731	27,095
Campeche	82,015	80,168	76,140	75,556	72,798	72,709	70,275	64,170	57,628	50,254	40,805	32,778
Coahuila de Zaragoza	276,224	268,144	269,284	264,313	245,917	224,329	219,634	218,687	205,202	178,214	142,215	118,950
Colima	60,049	60,801	60,663	59,343	58,035	57,436	54,566	51,179	47,133	41,541	34,819	29,795
Chiapas	612,792	583,132	526,577	464,523	424,403	396,045	372,863	329,204	284,333	243,848	196,355	158,726
Chihuahua	317,322	333,715	326,333	314,067	298,299	275,644	263,669	251,983	248,522	219,930	173,639	140,861
Ciudad de México	563,907	608,962	650,389	714,605	752,289	743,611	705,850	670,307	668,945	623,483	526,447	469,514
Durango	176,033	170,271	162,990	153,588	141,107	129,526	118,830	114,976	108,070	97,009	79,997	66,536
Guanajuato	547,545	549,301	552,092	540,587	501,868	462,332	439,045	407,230	365,660	318,197	250,808	214,406
Guerrero	351,010	348,493	326,540	281,967	256,191	237,976	222,157	209,120	190,778	174,072	148,972	126,765
Hidalgo	269,553	283,676	272,506	238,187	231,124	224,226	221,410	211,048	194,567	171,679	139,795	118,929
Jalisco	718,100	714,906	716,259	704,359	668,334	639,006	602,903	549,859	511,537	444,689	357,080	313,011
México	1,381,132	1,464,549	1,476,665	1,415,159	1,367,527	1,283,264	1,254,296	1,197,089	1,145,882	1,007,077	795,711	661,100
Michoacán de Ocampo	441,618	426,869	407,743	390,431	367,568	345,272	318,438	299,299	270,544	243,599	202,399	178,844
Morelos	158,935	164,177	166,654	162,146	154,595	143,404	135,994	130,539	124,378	114,284	96,124	84,475
Nayarit	113,942	113,335	104,256	97,500	92,542	90,577	85,180	81,357	75,138	64,958	54,507	47,698
Nuevo León	463,819	462,720	471,896	503,826	488,349	448,470	426,619	409,490	387,678	334,439	260,045	217,238
Oaxaca	388,759	398,362	358,708	310,307	307,124	289,279	276,496	259,478	233,971	210,438	179,408	155,780
Puebla	598,550	603,375	607,200	570,646	528,289	475,854	457,864	425,089	382,865	334,597	269,080	229,364
Querétaro	196,969	198,601	198,141	209,039	214,139	194,576	182,743	165,728	149,832	125,857	97,903	80,729
Quintana Roo	155,388	154,281	147,549	164,989	184,447	175,133	161,472	136,731	117,045	94,160	66,985	49,321
San Luis Potosí	242,727	252,780	253,797	232,129	220,964	204,288	191,969	180,174	169,453	153,736	125,766	107,635
Sinaloa	250,496	260,172	261,581	256,990	232,316	215,491	205,540	204,309	192,589	172,094	143,385	123,628
Sonora	246,711	258,791	255,716	247,003	227,896	215,004	207,000	203,895	192,181	170,705	140,464	121,603
Tabasco	224,058	222,698	208,660	188,555	180,324	181,427	179,476	167,602	147,298	130,575	106,647	84,886
Tamaulipas	294,344	305,853	294,950	284,064	267,261	256,845	257,220	248,637	236,202	211,394	167,744	139,900
Tlaxcala	117,738	119,718	121,207	113,937	104,758	96,512	94,896	89,448	80,395	70,782	56,315	46,505
Veracruz de Ignacio de la Llave	675,182	685,468	681,548	600,394	580,421	568,121	558,791	537,667	516,152	488,510	408,710	347,850
Yucatán	186,122	189,137	196,363	199,525	190,975	183,035	174,099	161,231	146,033	122,358	103,183	86,773
Zacatecas	155,704	151,355	141,208	130,238	117,673	114,442	104,728	102,682	95,118	86,207	69,401	58,039

Tabla 8. Condición educativa, años de escolaridad y lengua de la población objetivo

Entidad federativa	Sabe leer y escribir	No sabe leer y escribir	Años de escolaridad			Habla lengua indígena		
			Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
Estados Unidos Mexicanos	90	10	9.7	9.8	9.6	38	18.3	19.4
Aguascalientes	92	8	10.3	10.4	10.3	1	0.6	0.4
Baja California	90	10	10.2	10.2	10.2	9	4.8	4.1
Baja California Sur	89	11	10.3	10.3	10.4	11	6.3	4.9
Campeche	89	10	9.6	9.7	9.5	63	32.1	31.0
Coahuila de Zaragoza	92	8	10.4	10.5	10.4	1	0.7	0.5
Colima	90	10	10	10	10.1	5	2.6	2.1
Chiapas	81	19	7.8	8.1	7.5	136	66.6	69.5
Chihuahua	90	9	10	10	10	19	9.2	9.6
Ciudad de México	93	7	11.5	11.7	11.3	12	5.5	6.3
Durango	90	9	9.7	9.7	9.8	15	7.6	7.7
Guanajuato	90	9	9	9.1	9	1	0.8	0.6
Guerrero	86	14	8.4	8.5	8.2	82	38.3	43.6
Hidalgo	92	8	9.4	9.4	9.3	72	35.2	37.3
Jalisco	90	9	9.9	9.9	9.9	5	2.7	2.5
México	92	7	10.1	10.2	9.9	16	7.7	8.6
Michoacán de Ocampo	88	12	8.6	8.6	8.6	20	9.7	10.1
Morelos	91	8	9.8	9.9	9.8	13	6.4	6.7
Nayarit	89	10	9.7	9.6	9.9	34	16.5	17.2
Nuevo León	92	8	10.7	10.9	10.6	9	4.9	4.5
Oaxaca	89	11	8.1	8.3	7.9	173	81.4	91.4
Puebla	90	9	9.2	9.3	9	57	26.8	30.1
Querétaro	92	8	10.5	10.6	10.3	9	4.3	4.5
Quintana Roo	89	10	10.2	10.4	10.1	74	39.0	34.8
San Luis Potosí	91	8	9.6	9.6	9.6	52	25.8	26.1
Sinaloa	92	8	10.2	10.1	10.3	8	4.2	3.5
Sonora	89	10	10	10.4	10.5	14	7.6	6.2
Tabasco	89	11	9.7	9.9	9.5	23	11.2	11.4
Tamaulipas	91	8	10.1	10.1	10.1	4	2.1	2.1
Tlaxcala	92	8	9.8	9.9	9.8	13	6.3	6.4
Veracruz de Ignacio de la Llave	89	11	8.7	8.9	8.6	54	26.1	28.0
Yucatán	90	10	9.6	9.7	9.5	156	79.3	76.6
Zacatecas	91	8	9.2	9.1	9.4	2	1.0	0.8

1.4.3 Cuantificación de la población o área de enfoque objetivo

Definiciones básicas de los criterios de identificación de la población

A partir del contexto anterior y del criterio de identificación por carencias sociales se tienen las siguientes definiciones para la población:

- Población potencial: La población de entre 5 y 65 años del país, que son susceptible de ser intervenidas con alguno de los tres niveles preventivos por presentar riesgos diferenciados al consumo de sustancias adictivas.
- Área de Enfoque: Por ser un segmento de la población en riesgo estadísticamente significativo, se considera a las personas de entre 12 y 17 años del país.
- Población atendida: Corresponde a la población de 12 a 17 años que participa en actividades de prevención y tratamiento en las entidades federativas, las cuales realizan personal de las UNEME-CAPA y de los Centros de Integración Juvenil con recursos del programa.

Año	Población Potencial*	Población Objetivo*	Población Atendida**
2012	98,998,055	13,545,223	5,129,757
2013	100,152,259	13,517,279	3,723,047
2014	101,274,130	13,483,780	7,089,722
2015	102,342,876	13,446,650	6,302,325
2016	103,360,510	13,409,429	8,113,100
2017	104,346,975	13,372,688	7,292,770
2018	105,292,135	13,337,740	7,547,171
2019	107,033,727	13,364,374	7,555,811
2020	108,008,032	13,352,493	3,111,024

*Se definen por estimaciones actualizadas con base en el documento de CONAPO - Población a mitad de año.- Proyecciones de la Población de México y de las Entidades Federativas, 2016-2050.

Población a mitad de año.- Para la República Mexicana el periodo es de 1950-2050, para las entidades federativas el periodo es de 1970-2050

<https://datos.gob.mx/busca/dataset/proyecciones-de-la-poblacion-de-mexico-y-de-las-entidades-federativas-2016-2050>

**Estimaciones propias que incluyen la población atendida de Centros de Integración Juvenil A.C.

1.4.4 Frecuencia de actualización de la población o área de enfoque potencial y objetivo

La actualización de la población se realiza con periodicidad anual, con base en las proyecciones de la población de México y de las entidades federativas, publicadas por el Consejo Nacional de Población (CONAPO) las cuales estiman el tamaño y estructura por edad y sexo de la población para ese periodo; así como los principales indicadores demográficos.

1.5 Análisis de alternativas

En el marco de operación del PP-E025, los servicios de prevención y tratamiento se proporcionan sin distinción alguna a toda la población que los solicite, sin embargo, se prioriza a la población adolescente en un rango de edad de 12 a 17 años, lo anterior se justifica considerando que los hallazgos en la Encuesta Nacional del Consumo de Drogas, Alcohol y

Tabaco 2016-2017²⁰ sobre el consumo de drogas en la población general muestran que el consumo se ha extendido mayormente entre los jóvenes que entre las personas de más edad. Asimismo, el riesgo de inicio en el abuso de sustancias es más elevado en el período de la adolescencia temprana (12 a 14 años) y tardía (15 a 17 años) y el abuso de sustancias llega a su auge en las personas de 18 a 25 años.

Las actividades desarrolladas en el marco del PP-E025 incorporan procesos internos de supervisión y evaluación permanente garantizando la eficiencia en la administración de los recursos públicos logrando una mayor eficacia, enmarcada en el ejercicio de un gobierno austero, honesto, transparente, incluyente, respetuoso de las libertades y apegado a derecho.

El programa contempla los enfoques de derechos humanos, intercultural, generacional y género. Los lineamientos y recomendaciones de organismos internacionales especializados se toman en cuenta en el establecimiento de programas de reducción de la demanda, en los ámbitos de la prevención, el tratamiento y la integración social.

Las políticas y programas de reducción de la demanda son implementados por la Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC) y los Centros de Integración Juvenil (CIJ). Asimismo, el país cuenta con instrumentos de monitoreo de ese tipo de programas.

El país implementa mecanismos de coordinación para el desarrollo e implementación de programas de reducción de la demanda que permiten la participación y articulación con la sociedad civil y otros actores sociales. Al respecto, CONADIC y CIJ trabajan en colaboración con organizaciones no gubernamentales, y establecen convenios interinstitucionales. Asimismo, la Subsecretaría de Participación Ciudadana y Prevención del Delito realiza la integración de las comisiones ciudadanas de evaluación y apoyo a la prevención social, integradas por los sectores académico y empresarial y por organizaciones de la sociedad civil.

México cuenta con un sistema nacional de programas y dispositivos integrales de tratamiento e integración social dirigidos a personas con consumo problemático de drogas, garantizando el acceso sin discriminación. Este sistema nacional incluye intervención temprana (intervención breve, consejería), intervención en crisis, diversas modalidades de tratamiento, patología dual (comorbilidad), integración social y servicios relacionados con el apoyo a la recuperación. Estos programas toman en cuenta los estándares internacionales para el tratamiento de los trastornos relacionados con el uso de drogas de UNODC y OMS.

Se cuenta con mecanismos que facilitan el acceso y garantizan la calidad de los servicios de tratamiento a personas con consumo problemático de drogas, tales como la Red Nacional de Atención de los CIJ y el Directorio Nacional de Establecimientos Residenciales Reconocidos por la CONADIC. Los servicios residenciales son proporcionados por el sistema de salud pública, las instituciones privadas y las organizaciones no gubernamentales. El país incluye la perspectiva de género en los servicios de tratamiento ofrecidos. En ese sentido, las Unidades de los Centros de Integración Juvenil cuentan con áreas y actividades terapéuticas diferenciadas por género. La perspectiva de género se incluye en el Manual de Procedimientos de cada centro de tratamiento residencial, el cual es un requisito para que CONADIC los contemple como candidatos para el reconocimiento federal.

México también ha establecido y mantenido relaciones de cooperación con organizaciones gubernamentales y no gubernamentales que proporcionan servicios de apoyo social y comunitario, con perspectiva de género para la integración social de poblaciones vulneradas. Esta cooperación se realiza a través de los convenios con las entidades federativas, con organizaciones de la sociedad civil, sector académico y empresarial.

²⁰ ENCODAT, 2016

El programa E025 además de atender el tema de prevención y tratamiento, presenta un cambio de paradigma en la atención integral de la salud mental y adicciones, esto alineado a la actual política de gobierno que propone una nueva visión frente a las drogas, poniendo en el centro a las personas y no a las sustancias y ponderando el enfoque de salud pública sobre el de combate a las drogas. Con base en el Plan Nacional de Desarrollo 2019- 2024 se ha reformulado el combate a las adicciones ya que la estrategia prohibicionista era ya insostenible, no solo por la violencia que ha generado sino por sus malos resultados en materia de salud pública. El modelo prohibicionista criminaliza de manera inevitable a los consumidores y reduce sus probabilidades de reinserción social y rehabilitación.

1.6 Diseño del programa propuesto o con cambios sustanciales

1.6.1 Modalidad del programa

El presente es un programa de modalidad social, debido a que uno de sus principales componentes es la entrega de servicios de salud, de salud mental y socioemocional.

En apego con el Manual de Programación y Presupuesto se considera de "Modalidad E" Prestación de servicios públicos.

1.6.2 Diseño del programa

El programa contribuye a consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades mediante acciones integrales para la prevención y control de las adicciones; y los trastornos ocasionados por el uso, abuso y dependencia del tabaco, alcohol y otras drogas en la población que por sus características biopsicosociales y de vulnerabilidad social tienen mayor probabilidad de uso, abuso o dependencia, a través de apoyos financieros, campañas, capacitación, medicamentos y servicios de tratamiento en unidades de atención especializadas en adicciones, (Unidades de Especialidades Médicas-Centros de Atención Primaria en Adicciones y Centros de Integración Juvenil, A.C.).

Unidades Administrativas Responsables (UR) del Programa

X00 Comisión Nacional contra las Adicciones

- Contribuir a consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades mediante acciones integrales para la prevención y control de las adicciones
- Disminuir en la población adolescente de 12 a 17 años el consumo de sustancias adictivas
- Implementar programas de prevención de adicciones en la población del país
- Capacitar en materia de prevención y tratamiento de adicciones
- Ofrecer servicios de atención a las adicciones a la población que requiere tratamiento especializado
- Aplicar pruebas de tamizaje en centros escolares
- Promocionar los servicios ofrecidos por los establecimientos especializados en adicciones

M7K - Centros de Integración Juvenil, A.C.

- Disminuir en la población adolescente de 12 a 17 años el consumo de sustancias adictivas

- Implementar programas de prevención de adicciones en la población del país
- Ofrecer servicios de atención a las adicciones a la población que requiere tratamiento especializado
- Abastecer medicamentos a las unidades de hospitalización

M7F - Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz

- Se desarrolla a través de tres áreas: investigación (neurociencias, clínica, epidemiología y ciencias sociales) enseñanza y servicios clínicos
- Investigar y desarrollar los estudios epidemiológicos sobre adicciones, salud mental, análisis estadístico y metodología

1.6.2.1 Previsiones para la integración y operación del padrón de beneficiarios

En cumplimiento al numeral 5.2.1 inciso b del ACUERDO por el que se da a conocer el Manual de Operación del **Sistema Integral de Información de Padrones de Programas Gubernamentales (SIIPP-G)**, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 13 de septiembre del 2018, este Órgano Desconcentrado procedió a realizar las acciones correspondientes para integrar a la Matriz de Gestión Inicial para el ejercicio fiscal 2020 del Programa E-025 "Prevención y Atención contra las Adicciones".

Los periodos a integrar son primer, segundo, tercer y cuarto trimestre de 2020, considerando como meses de integración abril, julio, octubre 2020 y enero 2021, y como beneficiarios de dicho programa a las entidades federativas a través de las Comisiones Estatales contra las Adicciones con las Unidades de Especialidades Médicas-Centros de Atención Primaria en Adicciones, para el contacto directo con la población.

Durante el ejercicio fiscal 2019 se realizaron transferencias de recursos a 29 de las entidades federativas por de 95´702,071.13 (noventa y cinco millones setecientos dos mil setenta y un pesos 13/100 M.N.), y en 2020 se realizaron transferencias de recursos a 27 entidades federativas, por una cantidad total de 90´631,509.67 (noventa millones seiscientos treinta y un mil quinientos nueve pesos 67/100 M.N.).

Es importante mencionar que se presentan los avances trimestralmente al Comité de Control y Desempeño Institucional (COCODI), y con el propósito de atender a la calidad y oportunidad de la información reportada en el SIIPP-G, para la integración del padrón se consideran los siguientes tres elementos:

- El padrón se reporta por periodo, no es acumulativo
- La oportunidad en la integración recibe una calificación, la cual forma parte de la Evaluación de la Gestión Pública.
- La calidad de la información se mide con cinco campos prioritarios y el puntaje respectivo se reporta a la SHCP para el Modelo Sintético del Desempeño y también se incluye en la Evaluación de la Gestión Pública.

1.6.3 Matriz de indicadores para resultados

Detalle de la Matriz									
Ramo:		12 - Salud							
Unidad Responsable:		X00 - Comisión Nacional contra las Adicciones							
Clave y Modalidad del Pp:		E - Prestación de Servicios Públicos							
Denominación del Pp:		E-025 - Prevención y atención contra las adicciones							
Clasificación Funcional:									
Finalidad:		2 - Desarrollo Social							
Función:		3 - Salud							
Subfunción:		1 - Prestación de Servicios de Salud a la Comunidad							
Actividad Institucional:		15 - Promoción de la salud y prevención y control de enfermedades fortalecidas e integradas sectorial e intersectorialmente							
Objetivo				Fin		Supuestos			
				Orden					
				1		Las personas acuden a recibir los servicios de prevención y atención de las adicciones en las Unidades de Especialidades Médicas-Centros de Atención Primaria en Adicciones.			
Indicador	Definición	Método de Cálculo	Tipo de Valor de la Meta	Unidad de Medida	Tipo de Indicador	Dimensión del Indicador	Frecuencia de Medición	Medios de Verificación	
Porcentaje de la población estudiantil de 12 a 17 años del país que consume alcohol de manera nociva	Estudiantes de 12 a 17 años que consumen alcohol de manera nociva. Este indicador mide la magnitud en que los estudiantes consumen alcohol de manera nociva.	((Número de estudiantes de 12 a 17 años que consumen alcohol de forma nociva) / (Número de estudiantes de 12 a 17 años del país)) * 100	Relativo	Porcentaje	Estratégico	Eficacia	Trienal	Población estudiantil de 12 a 17 años de edad: La información se obtiene directamente de los sujetos de apoyo, informes técnicos y de impactos y beneficios; Estudiantes de 12 a 17 años que consumen alcohol de manera nociva: Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes 2014	



Porcentaje de cambio entre el año base y el año de registro de casos nuevos confirmados de VIH por transmisión vertical	El indicador mide de forma indirecta la efectividad de la detección temprana de casos de VIH en mujeres embarazadas o parturientas para intervenir oportunamente con el tratamiento que evite la transmisión de madre a hija(o)	Resultado de restarle al 100% el cociente del número de casos nuevos en recién nacidos diagnosticados con VIH del Sistema Especial de Vigilancia Epidemiológica de VIH/SIDA al 30 de junio de cada año entre el número de casos nuevos en recién nacidos diagnosticados con VIH del Sistema Especial de Vigilancia Epidemiológica de VIH/SIDA al 30 de junio de 2013. Se consideran los casos nuevos de transmisión vertical (vía perinatal) diagnosticados con VIH en todas las instituciones del sector salud	Absoluto	11	Estratégico	Eficacia	Anual	
Objetivo			Propósito		Supuestos			
La población adolescente de 12 a 17 años del país presenta disminución en el consumo de sustancias adictivas.			Orden		La cultura preventiva y de atención del consumo de drogas en la sociedad mexicana es amplia ante los riesgos por las adicciones, la población acceda a los servicios de orientación, información científica preventiva, y los padres de familia están capacitados para orientar, prevenir y detectar oportunamente el inicio del consumo en sus hijos.			
Indicador	Definición	Método de Cálculo	Tipo de Valor de la Meta	Unidad de Medida	Tipo de Indicador	Dimensión del Indicador	Frecuencia de Medición	Medios de Verificación

30

Porcentaje de adolescentes de 12 a 17 años que participan en acciones de prevención de adicciones	Este indicador mide la participación de la población adolescente en actividades dirigidas a incrementar la percepción de riesgo de consumir sustancias adictivas en la población adolescente del país.	((Adolescentes de 12 a 17 años que participan en acciones de prevención) / (Total de adolescentes de 12 a 17 años en el país)) X 100	Relativo	Porcentaje	Estratégico	Eficacia	Semestral	Adolescentes en acciones de prevención: Sistema de Información para los Consejos Estatales Contra las Adicciones; Adolescentes de 12 a 17 años en el país: Proyecciones de población CONAPO
Objetivo		Componente						
Programa de prevención de adicciones implementado en la población del país		Orden		Supuestos				
		III		Existe un ambiente social propicio para el desarrollo de una sociedad resiliente al uso de tabaco, bebidas con alcohol y otras drogas.				
Indicador	Definición	Método de Cálculo	Tipo de Valor de la Meta	Unidad de Medida	Tipo de Indicador	Dimensión del Indicador	Frecuencia de Medición	Medios de Verificación
Porcentaje de personas que recibieron capacitación en materia de prevención y tratamiento de adicciones respecto a la demanda programada	Número de personas capacitadas para instrumentar acciones de prevención y tratamiento para el consumo de sustancias psicoactivas con respecto a la demanda programada	((Número de personas capacitadas del año en curso) / (Número de personas programadas para ser capacitadas)) X 100	Relativo	Porcentaje	Gestión	Eficacia	Semestral	Personas que recibieron capacitación en materia de prevención y tratamiento de sustancias psicoactivas: Sistema de Información para los Consejos Estatales Contra las Adicciones; Personas programadas para recibir capacitación en materia de prevención y tratamiento para el consumo de sustancias psicoactivas: Registros administrativos

Porcentaje de la población de 6 a 11 años de edad y de 18 en adelante, que recibe acciones de prevención, del total de la población en esos rangos de edad, en donde tiene presencia Centros de Integración Juvenil, A.C.	Porcentaje de población que recibe acciones de prevención, en los rangos de 6 a 11 años y de 18 en adelante, en los municipios o delegaciones donde tiene presencia Centros de Integración Juvenil, A.C.	(Número de personas que reciben acciones de prevención en rangos de 6 a 11 años de edad y de 18 en adelante, en municipios o delegaciones donde tiene presencia Centros de Integración Juvenil, A.C. / Total de población en esos rangos de edad, en esos municipios o delegaciones) X 100	Relativo	Porcentaje	Gestión	Eficacia	Trimestral	Número de personas de 6 a 11 años de edad y de 18 en adelante, que reciben acciones de prevención.: Sistema Integral de Información Estadística de los Centros de Integración Juvenil, A.C. (SIIIE)
Porcentaje de adolescentes que inician tratamiento en las Unidades de Especialidades Médicas - Centros de Atención Primaria en Adicciones (UNEME-CAPA)	Número de adolescentes de 12 a 17 años de edad que inician tratamiento en las Unidades de Especialidades Médicas - Centros de Atención Primaria en Adicciones (UNEME-CAPA), por problemas de sustancias psicoactivas.	((Adolescentes de 12 a 17 años que inician tratamiento en las UNEME-CAPA/Adolescentes de 12 a 17 años programados para iniciar tratamiento en las UNEME-CAPA)) X 100	Relativo	Porcentaje	Estratégico	Eficacia	Semestral	Adolescentes que inician tratamiento las Unidades de Especialidades Médicas-Centros de Atención Primaria a las Adicciones (UNEME-CAPA): Sistema de Información para los Consejos Estatales Contra las Adicciones (SICECA); Adolescentes programados para iniciar tratamiento las Unidades de Especialidades Médicas-Centros de Atención Primaria a las Adicciones (UNEME-CAPA): Sistema de Información para los Consejos Estatales Contra las Adicciones
Objetivo		Orden			Supuestos			
Servicios de atención a las adicciones ofrecidos a la población que requiere tratamiento especializado		122			Acciones de prevención con enfoque de género en grupos de experimentadores, consumidores frecuentes y adictos al tabaco, alcohol o drogas, así como brindar tratamiento médico o especializado para prevenir oportunamente las complicaciones asociadas al consumo de sustancias adictivas, disminuir el número de recaídas y ampliar las acciones de reinserción social.			

0.

Indicador	Definición	Método de Cálculo	Tipo de Valor de la Meta	Unidad de Medida	Tipo de Indicador	Dimensión del Indicador	Frecuencia de Medición	Medios de Verificación
Porcentaje de egresos por mejoría en adicciones en consulta externa	Porcentaje de egresos por mejoría en las Unidades de Consulta Externa de Centros de Integración Juvenil, A.C.	(Número de egresos por mejoría en las Unidades de Consulta Externa de Centros de Integración Juvenil A.C. / Total de egresos en Consulta Externa registrados en el periodo del reporte en las mismas unidades de Consulta Externa) X 100	Relativo	Porcentaje	Gestión	Eficacia	Trimestral	Egresos por mejoría en adicciones en las unidades de consulta externa de Centros de Integración Juvenil, A.C. en el periodo de reporte. Sistema Integral de Información estadística de los Centros de Integración Juvenil, A.C. (SIIE)
Porcentaje de consultas de primera vez otorgadas con respecto a las consultas programadas en las Unidades de Especialidades Médicas-Centros de Atención Primaria en Adicciones (UNEME-CAPA)	Consultas de primera vez realizadas en las Unidades de Especialidades Médicas-Centros de Atención Primaria en Adicciones (UNEME-CAPA) para disminuir el pasaje del consumo experimental a la adicción de la población	((Número de consultas de primera vez brindadas en el año en curso) / (Número de consultas de primera vez programadas)) * 100	Relativo	Porcentaje	Gestión	Eficacia	Semestral	Consultas de primera vez realizadas en las Unidades de Especialidad Médica-Centros de Atención Primaria en Adicciones UNEME-CAPA. Sistema de Información para los Consejos Estatales Contra las Adicciones programadas en las Unidades de Especialidad Médica-Centros de Atención Primaria en Adicciones UNEME-CAPA. Sistema de Información para los Consejos Estatales Contra las Adicciones

0.

Porcentaje de egresos hospitalarios por mejoría en adicciones.	Porcentaje de egresos hospitalarios por mejoría en adicciones, en las Unidades de Hospitalización de Centros de Integración Juvenil, A.C.	(Número de egresos por mejoría en las Unidades de Hospitalización de Centros de Integración Juvenil, A.C. / Total de egresos hospitalarios registrados en el periodo del reporte en las mismas unidades de hospitalización) X 100	Relativo	Porcentaje	Gestión	Eficacia	Trimestral	Egresos hospitalarios por mejoría en adicciones, en Unidades de Hospitalización de Centros de Integración Juvenil, A.C. en el periodo de reporte.: Sistema Integral de Información Estadística de los Centros de Integración Juvenil, A.C. (SIIIE)
Porcentaje de ocupación hospitalaria en adicciones	Ocupación de camas censables en Unidades de Hospitalización de Centros de Integración Juvenil, A.C.	(Días paciente en Unidades de Hospitalización de Centros de Integración Juvenil, A.C. durante el periodo de reporte / Días cama censables en las mismas unidades, durante el mismo periodo) X 100	Relativo	Porcentaje	Gestión	Eficacia	Trimestral	Días paciente durante el periodo: Sistema Integral de Información Estadística de los Centros de Integración Juvenil, A.C. (SIIIE)
Objetivo		Actividad			Supuestos			
Aplicación de pruebas de tamizaje en centros escolares		Orden			Las instancias educativas, los planteles escolares y padres de familia acceden a la aplicación de las pruebas de tamizaje a alumnos y alumnos coadyuvando en la detección temprana de sustancias adictivas			
Indicador	Definición	Método de Cálculo	Tipo de Valor de la Meta	Unidad de Medida	Tipo de Indicador	Dimensión del Indicador	Frecuencia de Medición	Medios de Verificación
				1				

Porcentaje del alumnado con pruebas de tamizaje del año en curso, respecto del alumnado con pruebas de tamizaje programado.	Estudiantes de 12 a 17 años a quienes se les aplicó un prueba de detección de riesgo para el consumo de sustancias psicoactivas.	((Número de pruebas de tamizaje aplicadas al alumnado en el año en curso) / (Número de pruebas programadas)) X 100	Relativo	Porcentaje	Gestión	Eficacia	Trimestral	Pruebas de tamizaje programadas.;Sistema de Información de los Consejos Estatales Contra las Adicciones; Pruebas de tamizaje aplicadas a alumnos/as.;Sistema de Información de los Consejos Estatales Contra las Adicciones
Objetivo			Orden			Supuestos		
Promoción de los servicios ofrecidos por los establecimientos especializados en adicciones gubernamentales y del Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones			2			La concesión del uso de los tiempos oficiales en medios de comunicación nacionales, estatales y municipales permite la difusión de los servicios de prevención y tratamiento de las adicciones ofrecidos a la población		
Indicador	Definición	Método de Cálculo	Tipo de Valor de la Meta	Unidad de Medida	Tipo de Indicador	Dimensión del Indicador	Frecuencia de Medición	Medios de Verificación
Porcentaje de campañas de comunicación para la promoción de las actividades de prevención y tratamiento del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas.	Campañas de comunicación que promueven los servicios preventivos y de tratamiento del consumo de sustancias adictivas, ofrecidos por el Centro Nacional para la Prevención y Control de las Adicciones	((Número de campañas en adicciones realizadas) / (Número de campañas en adicciones programadas)) X 100	Relativo	Porcentaje	Gestión	Eficiencia	Trimestral	Campañas de comunicación para la promoción de las actividades de prevención y tratamiento del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas realizadas.;Sistema de Información para los Consejos Estatales Contra las Adicciones (SICECA); Campañas de comunicación para la promoción de las actividades de prevención y tratamiento del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas realizadas.;Sistema de Información para los Consejos Estatales Contra las Adicciones (SICECA)
Objetivo			Orden			Supuestos		
Abasto de Medicamentos para las unidades de hospitalización			3			Mayor adherencia del paciente al tratamiento, así como una participación más activa de la familia para fortalecer la comunicación y convivencia		
Indicador	Definición	Método de Cálculo	Tipo de Valor de la Meta	Unidad de Medida	Tipo de Indicador	Dimensión del Indicador	Frecuencia de Medición	Medios de Verificación



Porcentaje de recetas surtidas en Unidades de Hospitalización, en relación con las emitidas.	Porcentaje de recetas surtidas a pacientes de Unidades de Hospitalización de Centros de Integración Juvenil, A.C.	(Número de recetas surtidas en las farmacias de las Unidades de Hospitalización de Centros de Integración Juvenil, A.C.) / (Total de recetas emitidas en las mismas, durante el mismo periodo de reporte) X 100	Relativo	Porcentaje	Gestión	Eficacia	Trimestral	Número de recetas surtidas en Unidades de Hospitalización: Sistema Integral de Información Estadística de Centros de Integración Juvenil, A.C. (SIIIE)
--	---	---	----------	------------	---------	----------	------------	--

0

1.7 Análisis de similitudes o complementariedades

Se presenta información de programas con acciones similares en el Anexo 2.

1.8 Presupuesto

1.8.1 Impacto presupuestario y fuentes de financiamiento

Recursos presupuestarios requeridos para el año de operación 2020

Capítulo	Monto en pesos corrientes
1000 Servicios personales	527,591,279.00
2000 Materiales y suministros	1,563,834.00
3000 Servicios generales	43,012,660.00
4000 Transferencias, asignaciones, subsidios y otras ayudas	108,057,600.00
5000 Bienes muebles, inmuebles e intangibles	0
6000 Inversión pública	0
7000 Inversiones financieras y otras provisiones	0
8000 Participaciones y aportaciones	0
9000 Deuda pública	0
TOTAL	680,225,373.00

Fuente u origen de los recursos

Fuente de recursos	Porcentaje respecto al presupuesto estimado
Recursos Fiscales	100
Otros recursos (especificar fuente(s))	0
Total	100

EP

Anexo 1

Ficha con datos generales del programa presupuestario

Clave: 25

Ramo: 12 Salud

Modalidad del programa: E

Denominación del programa: Prevención y Atención contra las Adicciones

Unidades Administrativas Responsables (UR) del programa

Denominación de la UR	Funciones de cada UR
X00 Comisión Nacional contra las Adicciones	<ul style="list-style-type: none">• Contribuir a consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades mediante acciones integrales para la prevención y control de las adicciones• Disminuir en la población adolescente de 12 a 17 años el consumo de sustancias adictivas• Implementar programas de prevención de adicciones en la población del país• Capacitar en materia de prevención y tratamiento de adicciones• Ofrecer servicios de atención a las adicciones a la población que requiere tratamiento especializado• Aplicar pruebas de tamizaje en centros escolares.• Promocionar los servicios ofrecidos por los establecimientos especializados en adicciones
M7K Centros de Integración Juvenil, A.C.	<ul style="list-style-type: none">• Disminuir en la población adolescente de 12 a 17 años el consumo de sustancias adictivas.• Implementar programas de prevención de adicciones en la población del país.• Ofrecer servicios de atención a las adicciones a la población que requiere tratamiento especializado.• Abastecer medicamentos a las unidades de hospitalización.
M7F Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz	<ul style="list-style-type: none">• Investigar y desarrollar los estudios epidemiológicos sobre adicciones, salud mental, análisis estadístico y metodología.

Población

- a) Población potencial: La población de entre 5 y 65 años del país, eventualmente susceptible de consumir sustancias adictivas.
- b) Población objetivo: Por ser un segmento de la población altamente vulnerable, se considera a las personas de entre 12 y 17 años del país.
- c) Población atendida: Corresponde a la población de 12 a 17 años que participa en actividades de prevención y tratamiento en las entidades federativas, las cuales realiza personal de las UNME-CAPA y de los Centros de Integración Juvenil con recursos del programa que le son transferidos.

EO.

Año	Población Potencial*	Población Objetivo*	Población Atendida**
2012	98,998,055	13,545,223	5,129,757
2013	100,152,259	13,517,279	3,723,047
2014	101,274,130	13,483,780	7,089,722
2015	102,342,876	13,446,650	6,302,325
2016	103,360,510	13,409,429	8,113,100
2017	104,346,975	13,372,688	7,292,770
2018	105,292,135	13,337,740	7,547,171
2019	107,033,727	13,364,374	7,555,811
2020	108,008,032	13,352,493	3,111,024

Estimación de la población a atender en el año de operación 2020: 5,847,757

*Se definen por estimaciones actualizadas con base en el documento:

CONAPO - Proyecciones de la Población de México y de las Entidades Federativas, 2016-2050. en su página web <https://www.gob.mx/conapo/acciones-y-programas/conciliacion-demografica-de-mexico-1950-2015-y-proyecciones-de-la-poblacion-de-mexico-y-de-las-entidades-federativas-2016-2050>

Población a mitad de año

Población a mitad de año. Para la República Mexicana el periodo es de 1950-2050, para las entidades federativas el periodo es de 1970-2050

Link:

<https://datos.gob.mx/busca/dataset/proyecciones-de-la-poblacion-de-mexico-y-de-las-entidades-federativas-2016-2050>

**Estimaciones propias que incluyen la población atendida de Centros de Integración Juvenil A.C.

Estimación de metas en el de operación 2020

Nivel	Nombre del Indicador	Meta estimada
Fin	Porcentaje de la población estudiantil de 12 a 17 años del país que consume alcohol de manera nociva	Indicador con periodicidad trienal, sin meta para el año 2020
	Porcentaje de cambio entre el año base y el año de registro de casos nuevos confirmados de VIH por transmisión vertical	Indicador sectorial, sin meta para el año 2020
Propósito	Porcentaje de adolescentes de 12 a 17 años que participan en acciones de prevención de adicciones	5,349,075
Componentes	Porcentaje de personas que recibieron capacitación en materia de prevención y tratamiento de adicciones respecto a la demanda programada	32,315
	Porcentaje de la población de 6 a 11 años de edad y de 18 en adelante, que recibe acciones de prevención, del total de la población en esos rangos de edad, en donde tiene presencia Centros de Integración Juvenil, A.C.	2,590,318

EO

Nivel	Nombre del Indicador	Meta estimada
	Porcentaje de adolescentes que inician tratamiento en las Unidades de Especialidades Médicas - Centros de Atención Primaria en Adicciones (UNEME-CAPA)	48,995
	Porcentaje de egresos por mejoría en adicciones en consulta externa	14,000
	Porcentaje de consultas de primera vez otorgadas con respecto a las consultas programadas en las Unidades de Especialidades Médicas-Centros de Atención Primaria en Adicciones (UNEME-CAPA)	78,847
	Porcentaje de egresos hospitalarios por mejoría en adicciones	1,535
	Porcentaje de ocupación hospitalaria en adicciones	76,327
Actividades	Porcentaje del alumnado con pruebas de tamizaje del año en curso, respecto del alumnado con pruebas de tamizaje programado	449,687
	Porcentaje de campañas de comunicación para la promoción de las actividades de prevención y tratamiento del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas	96
	Porcentaje de recetas surtidas en Unidades de Hospitalización, en relación con las emitidas	11,007

0.

Programa presupuestario E025 "Prevención y atención contra las adicciones"

Anexo 2. Complementariedades y coincidencias entre programas

Nombre del programa	Dependencia/ Entidad	Propósito	Población o área de enfoque objetivo	Cobertura geográfica	¿Este programa presentaría riesgos de similitud con el programa propuesto?	¿Este programa se completaría con el programa propuesto?	Explicación
E041 Protección y restitución de los derechos de las niñas, niños y adolescentes	Secretaría de Salud	Contribuir a cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país mediante la atención, protección y restitución de los derechos de niñas, niños y adolescentes a través de realizar acciones que permiten atender, proteger y restituir los derechos de las niñas, niños y adolescentes mediante la emisión y seguimiento de las medidas de protección integral y restitución de los derechos, representaciones jurídicas, asistencias y asesorías jurídicas, atención a reportes de maltrato infantil, regularizaciones jurídicas por albergados en centros de asistencia social dependientes del SNDIF, establecimiento de mecanismos para la autorización, registro, certificación y supervisión de centros de asistencia social y procesos de adopción, a través de la Procuraduría Federal de Protección de Niñas, Niños y adolescentes y su ámbito de competencia en apego a la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes.	Niñas y Niños Adolescentes de 12 a 17 años	Nacional	Si	No	El programa presupuestario E041 tiene similitud con el E025 en la población objetivo, ya que este último prioriza a las y los adolescentes de 12 a 17 años, sin embargo, el Pp E041 establece como problema o necesidad prioritaria la carencia de atención, protección y restitución de los derechos de niñas, niños y adolescentes a quienes se les han vulnerado o restringido, enfocado al tema de los derechos humanos, y el E025 se dirige principalmente al derecho a la salud mediante la prevención y atención del consumo de sustancias psicoactivas.
S017 Programa de Fomento a la Economía Social	BIENESTAR	Fortalecer capacidades y medios de los Organismos del Sector Social de la Economía (OSSE), que cuenten con iniciativas productivas para la inclusión productiva, y financiera; para incidir en el problema otorga apoyos económicos y en especie a través de sus tres modalidades: 1. Aportaciones para la promoción y el fomento de la economía social; 2. Apoyos para el Desarrollo de capacidades; 3. Apoyos para Banca Social. Contribución a las Acciones para la Prevención del Delito, Combate a las Adicciones, Rescate de Espacios Públicos y Promoción de Proyectos Productivos.	Organismos del sector social de la economía	Nacional	No	No	Aunque el programa S017 define en alguna de sus diversas actividades el combate a las adicciones, se enfoca más en el tema económico, priorizando el financiamiento de proyectos productivos.

E.

E001 Prevención y control de enfermedades	Instituto Mexicano del Seguro Social	Contribuir a proteger de los riesgos y daños a la salud más frecuentes a la población derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), mediante el otorgamiento de un paquete de acciones preventivas por grupo de edad y sexo. El paquete de acciones preventivas incluye actividades de promoción de la salud, de vigilancia del estado de nutrición, de prevención y detección de enfermedades, así como de salud sexual y reproductiva, mismas que son otorgadas de manera anual a partir de los dos años, generalmente en una sola atención, a través del Chequeo PREVENIMSS; mientras que en los menores de un año estas acciones se brindan cada dos meses y a las niñas y niños de un año cada seis meses. Las actividades de promoción de la salud incluyen educación para el cuidado de la salud, actividad física, asesorías en salud bucal, mental y reproductiva; prevención de adicciones, accidentes y violencia; cultura de la donación e información sobre enfermedades para cada sexo y grupo de edad. La vigilancia del estado nutricional incluye actividades de seguimiento de la estatura, edad y peso.	Empleados (con seguridad social) Personas jubiladas Familiares de Derechohabientes Estudiantes	Nacional	No	No	El programa E001 protege de todos los riesgos y daños a la salud y dentro de sus actividades de promoción menciona la prevención de adicciones, sin embargo, el programa E025 presenta dos diferenciadores, se especializa en adicciones y salud mental y atiende sin distinción alguna a toda la población, sean o no derechohabientes.
E012 Prestaciones sociales	Instituto Mexicano del Seguro Social	Contribuir a mejorar los niveles de bienestar de las personas con acceso a seguridad social y servicios de salud por afiliación al Instituto Mexicano del Seguro Social, mediante el otorgamiento diario de servicios en centros vacacionales y velatorios, así como de programas y actividades con enfoque de promoción de la salud, cultura física y deporte y desarrollo cultural de acuerdo con las prioridades y necesidades de la población.	Empleados (con seguridad social)	Nacional	No	No	El programa E012 menciona en sus áreas de atención la prevención y el combate a las adicciones, sin embargo, no las prioriza y únicamente va dirigido a personas con acceso a seguridad social y servicios de salud por afiliación al IMSS.

80.