



**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE ECONOMIA**

# **Los beneficios económicos de la inversión en salud: La atención de las adicciones**

**Tesis  
que para obtener el título de  
Licenciado en Economía  
presenta:**

**Alma Rosa Quan Torres**



Asesor: Lic. Sergio Castillo Loyola

México, D.F., 2006



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## **Agradecimientos**

A mis padres:  
Samuel y Josefina  
con amor y agradecimiento.

A mis hermanos:  
Samuel, Juana Ma., Dina, Ricardo, Tania, Salvador  
por su cariño y confianza,  
en especial a Arturo por sus orientaciones y aportaciones  
para la consecución de este trabajo.

A mis amigas por su apoyo intemporal

A mi hija Yasiu,  
mi motivo de inspiración

## Índice

Pag.

Presentación.....	6
-------------------	---

### PRIMERA PARTE MARCO TEÓRICO.

Introducción.....	12
-------------------	----

Capítulo 1	Políticas públicas y adicciones.....	15
------------	--------------------------------------	----

1.1 Políticas públicas.

1.1.1 La política y las políticas públicas.

1.1.2 Política pública de excelencia.

1.1.3 Políticas públicas y el tema de las adicciones.

Capítulo 2	Desarrollo humano y bienestar económico...	21
------------	--	----

2.1 Definición del desarrollo humano.

2.2 El PNUD y el desarrollo humano.

2.3 El consumo y el desarrollo humano.

2.4 Teoría del bienestar.

2.5 Modelos de crecimiento económico.

2.5.1 El modelo neoclásico de crecimiento exógeno de Solow.

2.5.2 Los Modelos de Crecimiento Endógeno (MCE).

Capítulo 3	Modelos de conducta del consumidor.....	28
Conclusiones parciales 1era. parte.....		31

SEGUNDA PARTE.

LA INVERSION EN SALUD Y LAS ADICCIONES

Capítulo 4	El sistema de salud en México.....	33
4.1	Orígenes del sistema de salud.	
4.2	El inicio institucional.	
4.3	El Sistema Nacional de Salud.	
4.4	Acciones institucionales de salud para el combate a las adicciones.	
Capítulo 5	El problema de las adicciones.....	40
5.1	Las adicciones.	
5.2	Adicciones y salud.	
5.3	Las estadísticas de las adicciones.	
Capítulo 6	La producción de alcohol, tabaco y drogas.	54

- 6.1 La producción de alcohol en México.
  - 6.1.1 Orígenes del alcohol.
  - 6.1.2 Las empresas productoras y su historia.
- 6.2 El tabaco.
  - 6.2.1 Orígenes del tabaco.
  - 6.2.2 Las empresas productoras del tabaco.
  - 6.2.3 La producción de tabaco en México.
  - 6.2.4 La política del tabaco en el país.
- 6.3 Otras drogas.
  - 6.3.1 Orígenes.
  - 6.3.2 Las sustancias.
  - 6.3.3 Surgimiento y desarrollo del tráfico ilegal de drogas en México.

## Capítulo 7 Costos y beneficios de la inversión en salud 73

- 7.1 Salud y desarrollo económico.
- 7.2 Política de gasto público.
- 7.3 Costos y beneficios.

Conclusiones 2 <sup>a</sup> . parte.....	86
Conclusiones finales y recomendaciones.....	88
Bibliografía.....	90

## **Presentación**

La inversión en salud como premisa de una mejor calidad de vida ha estado recientemente documentada en varios estudios y análisis, en los cuales se ha reforzado el vínculo entre salud y economía, constituyendo un círculo virtuoso ya que: a mayores ingresos de la población, mayor acceso a bienes y servicios de salud, una mejor atención médica, mejor nutrición, mejores niveles de información y de educación, mejores condiciones de higiene y por ende mejor salud, así también con un mejor nivel de salud se puede garantizar que se incremente la productividad y una mejor situación económica, existiendo una correlación positiva entre recursos económicos y salud.

Actualmente no se concibe el desarrollo económico, sin el desarrollo del capital humano, que tiene como sustento el mejor aprovechamiento de la tecnología y esta va ligada a fuerza laboral educada y saludable. Los países con más altas tasas de crecimiento son aquellos en que los niveles de educación son más altos y tienen una mayor esperanza de vida.

La salud tiene repercusiones sobre los ingresos y la riqueza doméstica, la productividad en el trabajo y en las tasas de ahorro e inversión nacional. Las poblaciones más sanas suelen tener una productividad mayor de trabajo, porque los trabajadores son más energéticos físicamente, más robustos mentalmente y pierden menos días laborables por enfermedad.

La inversión en salud es económicamente rentable y productiva así como potencialmente generadora de altos ingresos en el largo plazo. Los países con mayor nivel económico, destinan un mayor porcentaje en salud, aún cuando en México se ha incrementado este porcentaje en los últimos años resulta inferior al promedio de América Latina.

Actualmente en México la situación de salud es altamente compleja, se muestra una transición epidemiológica en la que contrastan grandes rezagos de las enfermedades infecciosas, la desnutrición y los ligados con la reproducción y por otra parte las enfermedades propias de los países dinámicos como son las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las lesiones accidentales e intencionales y las relacionadas con el crecimiento social y urbano del país como son: las adicciones entre las que se incluyen el tabaquismo, el alcoholismo y la farmacodependencia.

Las adicciones tienen importantes consecuencias negativas que trascienden en el ámbito de la salud individual, familiar, escolar, laboral y de la sociedad en general, limitando el potencial de desarrollo tanto social como económico.

La magnitud del uso y abuso del tabaco, alcohol y drogas en los últimos años se ha documentado en diversos estudios además de encontrar datos en los sistemas de información, que muestran la tendencia de esta fenómeno como uno de los problemas emergentes de salud más importantes. En México, el tabaquismo y el abuso en el consumo del alcohol y de drogas, se encuentran entre las principales causas de pérdidas de AVISA (años de vida saludable que se pierden debido a muertes prematuras e incapacidad).

El tabaco es un importante factor de riesgo para la salud, la morbi-mortalidad asociada al tabaquismo ha aumentado significativamente, se pronostica que en el año 2030, el tabaco será la primera causa de muerte. En el caso de las bebidas alcohólicas se ha documentado en los últimos años que la población juvenil bebe a edades cada vez más tempranas, y su consumo excesivo repercute en los índices de morbi-mortalidad y con un importante costo social, cuestión que se analizará con más detalle en el transcurso de este trabajo.

Por lo referente a la adicción a sustancias psicoactivas ilícitas, existe una dinámica diferente por la aparición de nuevas sustancias psicoactivas, formas de uso y patrones de consumo que han aparecido recientemente, y se presenta de manera fundamental en zonas urbanas, con marcadas diferencias regionales. El uso y abuso de otras sustancias psicoactivas conlleva a la aparición de problemas psicosociales y psiquiátricos, enfermedades de transmisión sexual, criminalidad, lesiones por causa externa, alteraciones en la gestación entre otros.

Los costos económicos de las adicciones tienen un enfoque dual, ya que por una parte se destinan recursos tanto del gobierno como del sector privado hacia el combate y atención de las adicciones y por otro las industrias del tabaco, alcohol y farmacéutica, que son altamente rentables, como consecuencia destinan capital humano y físico para su penetración en el mercado y una estrategia de marketing bastante importante para mantener el consumo de estos productos como un hábito de vida poblacional, ello sin mencionar la producción y distribución de las drogas ilícitas que implican una rentabilidad de magnitud considerable a quienes se dedican a ellas, así como también un aumento y una tendencia preocupante en el consumo de éstas.

Los costos sociales en salud, son altos cuando las preferencias de un conjunto importante de la sociedad incrementa sus adicciones, reflejando este hecho económicamente en un descenso de la productividad tanto pública como privada.

La inversión en salud se ve reflejada en un incremento en el Producto Interno Bruto, en el ingreso nacional, en el bienestar y en la productividad que a mediano y largo plazo superan ampliamente los costos de una política de salud que enfrente a las adicciones como se demostrará más adelante.

Las adicciones constituyen un problema de salud pública creciente en el país, que ocasionan daños a la salud y consecuentemente pérdida de capacidades humanas, por lo que la población afectada deja de ser productiva temporal o definitivamente aunado a esto, los costos individuales y sociales aumentan por los tratamientos largos y costosos necesarios para su rehabilitación e integración como ciudadanos productivos. En nuestro país este es un problema emergente ya que cada vez, es mayor el número de personas con problemas de adicciones y por consecuencia se incrementa el número de enfermos y de defunciones asociadas a estas causas.

El estado proporciona los bienes públicos como los servicios de salud a la población, los cuales tienen una doble función, por un lado constituyen un componente fundamental del desarrollo y el bienestar social y por otro, un sector de la actividad económica.

Sin embargo los recursos destinados a la prestación de los servicios de salud, siempre se han visto como un gasto que implica destinar recursos a la contratación de personal, compra de materiales y medicamentos así como en equipo e infraestructura, que resultan muy costosos si no se cuenta con en el país con políticas públicas eficientes.

Actualmente, los enfoques de políticas públicas en salud son diferentes y se piensa más en una inversión para mejorar el capital humano, constituyendo así la capacidad del estado como una acción redistributiva al emplear recursos en áreas eficaces como la prestación de los servicios de salud, más aún en lo destinado a la atención de tipo preventivo y curativo de las adicciones, en donde se puede prevenir y reintegrar a su vida social y económica a personas con estos problemas

Unido al problema del incremento negativo del ingreso, la productividad y bienestar genera un costo adicional marginal que es altamente honeroso para la sociedad representado por el incremento de la delincuencia para satisfacer sus problemas adictivos

El análisis profundo de los costos y beneficios son indispensables para la implementación de la correlativa política pública, es por esta razón que este trabajo de tesis se propone entre otras metas los siguientes objetivos e hipótesis.

### **Objetivo General**

Identificar los costos y beneficios sociales de la inversión pública en salud específicamente en el combate a las adicciones.

### **Objetivos Específicos**

Conocer el tamaño y la magnitud del problema de las adicciones en México, las repercusiones económicas, los recursos asignados en salud y las principales políticas de combate al mismo.

Identificar el desarrollo del problema de las adicciones en el país y la participación de las industrias del tabaco, alcohol y drogas en México.

Analizar la prestación de servicios de salud y sus recursos en el área específica de las adicciones.

Evaluar la intervención del estado a través del gasto público y de la regulación y sugerir políticas de acción que permitan transformar este problema económico.

La **hipótesis** de esta investigación sustenta que uno de los grandes problemas de salud en el país, es el de las adicciones intergeneracionales, cuyo costo social se refleja en la disminución de las capacidades y habilidades, limitando a las personas en su inserción al sistema productivo. Ante este problema las políticas públicas en salud del país deben ser más activas, impulsando una mayor inversión económica que impacte en la prevención y atención de las adicciones, para fortalecer el capital intelectual y garantizar disminuir los altos costos económicos y sociales que tienen que enfrentar para contrarrestar los efectos negativos de estas enfermedades, beneficiando así al individuo, la familia y al país.

La **metodología** de este trabajo se basó en los métodos analítico y deductivo, el tipo de investigación fue básicamente documental en consulta de libros, revistas, artículos y consultas en sitios web.

La investigación se presenta en siete capítulos en dos partes, la primera parte abarca el marco teórico en esta se desarrollan los siguientes capítulos:

**Políticas públicas.** El capítulo puntualiza las definiciones de la política, políticas públicas y políticas públicas de excelencia en su relación con el problema de las adicciones y como éstas pueden impactar en su resolución.

**Desarrollo humano y bienestar.** En este capítulo se resumen los conceptos y los planteamientos más importantes del desarrollo humano y de la teoría del bienestar, se presenta una discusión sobre la economía normativa neoclásica y las comparaciones interpersonales, y la crítica de Sen a las concepciones utilitaristas del bienestar y el concepto alternativo que propone. Se describen los modelos económicos en este caso el modelo neoclásico de Solow y los MCE (modelos económicos endógenos) para una mayor comprensión de la compleja relación de los factores entre ellos salud y el crecimiento. En esta parte se explica un modelo que se concentra en las relaciones existentes entre el cambio tecnológico y el crecimiento económico y busca de que manera, ponderar los factores sociales básicos como son la salud y la educación como parte fundamental del capital humano.

**Modelos de conducta del consumidor** Este capítulo nos permite identificar los factores de influencia en el comportamiento de la conducta del consumidor para la resolución de problemas y satisfacción de necesidades, mediante los conocimientos de los distintos modelos conductuales. El análisis de los distintos modelos, nos permite adquirir herramientas para la clasificación y medición de los distintos niveles de respuesta del consumo y adicciones dentro del contexto actual.

En la segunda parte de la investigación abarca la descripción del problema de las adicciones en ésta se describen los siguientes cuatro temas:

**El sistema de salud en México.** En el capítulo cuarto se describe la conformación del sistema de salud en México, sus orígenes, la forma en que se formaron las instituciones y su funcionamiento, con el propósito de comprender la forma en que el estado proporciona los bienes públicos a la población en el caso de la salud.

**El problema de las adicciones.** En este capítulo trata de la descripción de las adicciones, cuales son, sus consecuencias, las estadísticas de su consumo, estos elementos servirán para cuantificar el problema.

**La producción de alcohol, tabaco y drogas.** En el sexto capítulo, se describe brevemente los orígenes de las industrias alcohólica y tabacalera en el país, su situación actual y el mercado, también en el caso de las drogas ilícitas, como surge en el país su venta y distribución, esto nos dará los elementos para conocer como se comporta el mercado de estas sustancias.

**Costos y beneficios de la inversión en salud.** En el último capítulo enfoca la importancia de la inversión de la salud, y su relación con el desarrollo humano, el financiamiento para la salud en México y los costos que se deben asumir para la atención de las adicciones.

# **PRIMERA PARTE: MARCO TEÓRICO.**

## **Introducción.**

La existencia de necesidades humanas específicas y medibles han devenido de forma natural que obligaron al hombre a buscar soluciones para esos limitantes, mediante el progreso, el desarrollo y el crecimiento económico. La condición humana ha llegado a ser definida por las necesidades comunes de todos sus miembros y por los limitantes para solucionarlos.

Para una generación en cualquier sociedad, las necesidades que son comunes entre hombres y mujeres son distintivos y manifestaciones de su condición humana. Como resultado, las necesidades han derivado del fundamento universal de las certezas sociales comunes de quienes gobiernan la sociedad, que deben valorar los supuestos culturales y religiosos heredados que justifican la limitación humana.

Las necesidades sociales deben quedar fuera de discursos políticos que solo ponderan carencias, se deben imaginar mejores escenarios que propongan una nueva visión de desarrollo acorde estos tiempos y que a la vez incorpore los nuevos poderes de la ciencia y la tecnología para que ayuden crear nuevas expectativas, donde se definan las necesidades y puedan ser satisfechas.

En México subsisten los desequilibrios sociales perniciosos generados sobre la mayoría de la población: mayor desigualdad, incremento de la pobreza, marginación social y exclusión social<sup>1</sup>. Con este inventario social ingresamos a estos nuevos tiempos con estilos de vida distintos.

El México de hoy tiene un presente con reestreno social: en nuestro balance nos encontramos con bajas sociales, que no se beneficiaron del crecimiento económico de los últimos 30 años en el país, así mismo con deudas sociales vivientes y masivas que exigen ser cubiertas y el rezago de una estructura económica, financiera y fiscal del país que no tiene la capacidad para cubrirlas.<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Enrique González Tiburcio, Desigualdad y Pobreza: desafíos del siglo XXI, Economía informa, No.311, octubre de 2002, Facultad de Economía, UNAM. Pág.5.

<sup>2</sup> Rolando Cordera Campos, Globalización sin equidad en el cambio democrático mexicano, Economía Informa, No. 313, enero de 2002. Facultad de Economía, UNAM. Pág.5.

Aunado a esto, se han sumado otros elementos que le dan a la pobreza nuevos tintes dramáticos, como son: la delincuencia organizada y las adicciones. Este último es importante, ya que se viene conformando dentro del inventario de la pobreza y amenaza a la conformación de la familia, la cohesión social y potencialmente la consolidación de una sociedad sana.

La enfermedad y la salud son dos limitantes internos de la sociedad, que cuando se agudizan acarrear graves problemas a cada cultura. Para tener un mayor conocimiento de la prevalencia, la distribución de la salud y la enfermedad en una sociedad, hace falta un enfoque integral que combine cuestiones económicas, sociológicas y antropológicas además de las biológicas y de conocimientos médicos sobre salud y enfermedad.

Desde el punto de vista antropológico, la salud está vinculada a factores políticos y económicos que dan pauta a las relaciones humanas, sus hábitos de consumo, la forma de su comportamiento social y el condicionamiento de la experiencia colectiva y de sus expectativas de vida.

La medicina occidental tradicional del siglo XX, siempre consideró que la salud era igual a ausencia de enfermedad, a partir del éxito de programas de Salud Pública activa, esto significaba incidir en las causas de los problemas de salud y prevenir dichos problemas a través de conductas sanas y saludables. Los tiempos actuales requieren más que esto.

Desde la antropología médica, dentro del marco económico, se debe proponer un modelo para entender las enfermedades producidas por todo tipo de acciones que atentan a la salud, como es el caso de las adicciones. Este enfoque ecológico- cultural hace hincapié en el hecho de que el medio ambiente y los riesgos para la salud son creados principalmente por la cultura, la evolución social y los estilos de vida.

La cultura determina la distribución socio-epidemiológica de las enfermedades por dos vías:

- ⇒ Desde un punto de vista local, la cultura moldea el comportamiento de las personas, que predisponen a la población a determinadas enfermedades.
- ⇒ Desde un punto de vista global, las fuerzas político-económicas y las prácticas culturales hacen que las personas actúen con el medioambiente de maneras que pueden afectar su salud.

Todas las actividades de nuestra vida cotidiana están condicionadas culturalmente. La cultura modela nuestras conductas y homogeniza comportamientos sociales.

Los seres humanos actúan partiendo de una determinada cultura de la salud, compartiendo una serie de principios básicos saludables que permiten integrarse en el sistema social más cercano. Es por eso que a continuación analizaremos más concretamente dichos comportamientos

## **Capítulo 1. Políticas públicas y adicciones.**

Durante los últimos años del siglo XX y en los primeros de este nuevo milenio han transcurrido con grandes transformaciones, tanto en lo interno como en lo externo, que es necesario recapitular y evaluar. En especial en nuestro país las transformaciones políticas, demográficas, económicas, epidemiológicas han traído nuevos retos muy distintos a los enfrentados en el pasado.

Bajo este contexto, el desempeño social y económico de México se enfrenta a problemas persistentes, junto con los cambios económicos y financieros y con retos internos a los vividos en el siglo XX que condicionan los proyectos que en el país requiere materializar en el futuro inmediato.

Se hace entonces necesaria, ante la magnitud del problema de la tarea, una discusión profunda, que oriente la solución de los problemas y encamine la búsqueda del bienestar social y del crecimiento económico.

Nos queda claro, que en los próximos años México, no puede estar al margen del mundo global y de su influencia política, social y económica que se adoptan de forma inmediata, al mundo virtual de los mercados económicos digitales.

Lo anterior encuentra justificación por la vecindad geográfica con los Estados Unidos de Norteamérica, así como la pertenecía a un área de países emergentes bombardeada por estereotipos culturales desconocidos, vía el Internet, que violentan el tradicionalismo y la identidad social de país.

Esto, también viene acompañado de un sistema financiero internacional, que marca nuevas exigencias y demuestra que no tienen ningún interés por la equidad y el desarrollo humano del país, generando con esto un modelo con condiciones socialmente asimétricas, justificado por el fenómeno de la integración global, que se suscribe dentro de una nueva fase de desarrollo de la que no escapa nuestro país y su economía.

La apertura externa de nuestra economía y la aparición de la comunicación digital han impactado en forma negativa en los complejos problemas sociales heredados del pasado, redundado en la imposibilidad de construir una modernidad incluyente, al mismo tiempo y como consecuencia, se ha generado nuevas dificultades; entre ellas destacan el tema de las adicciones intergeneracionales.

## **1.1 Políticas públicas**

### **1.1.1 La política y las políticas públicas**

Las políticas públicas y las propias decisiones políticas constituyen factores comunes para las decisiones del gobierno y de la sociedad que tiene capacidad de opinión. Así, la política puede ser analizada como la búsqueda de establecer políticas públicas de alto impacto sobre determinados temas, o de influir en ellas. A su vez, es parte fundamental del quehacer del gobierno que se refiere al diseño, gestión y evaluación de las políticas públicas.

La política en su sentido más amplio tiende a conformar, tanto las propuestas de políticas públicas, como aquellas que se concretan en un marco de análisis público, que trasladen al país a estadios superiores de desarrollo con ciudadanos saludables y un capital humano competitivo. Quien quiere ser protagonista de un buen gobierno, quiere simultáneamente políticas públicas que beneficien a la sociedad y que fomenten, en lo particular, una cultura preventiva con respecto a la buena salud y el tema de las adicciones.

Para la realización de políticas públicas los gobiernos fungen como instrumentos. Más que mirar al ordenamiento de las actividades del sector público, como dado por su organización y su marco constitucional, conviene mirarlo como un instrumento importante para la realización de las políticas públicas. Así como el logro principal de una empresa privada no es su organigrama, sino sus utilidades, lo importante en el gobierno son sus resultados sociales, más que su estructura.

Las políticas públicas resultan útiles para estudiar diversos aspectos de la política, del crecimiento económico, de los grandes temas de salud y de sus reformas, así como la discusión de la agenda pública por toda la sociedad, en las que se deben de incluir los programas y las actividades de las asociaciones civiles y todos los esfuerzos intelectuales y analíticos de la sociedad en su conjunto sobre estos temas.

En torno a políticas públicas para abordar problemáticas sociales actuales, se pueden considerar las siguientes cuestiones<sup>3</sup>:

---

<sup>3</sup> Ayala, J. Mercado, Elección Pública e Instituciones. Una revisión de las teorías modernas del estado. Miguel Ángel Porrúa, México 2004. Pág.47.

- Acotar las discusiones políticas.
- Diferenciar problemas y soluciones de manera específica.
- Precisar las diferencias sociales.
- Vincular los temas a soluciones más amplias o secuenciales.
- Plantearse esfuerzos compartidos.
- Participar de manera específica.

Lo anterior no será posible sino hilvanamos correctamente el quehacer de la política con las políticas públicas, sin embargo, la política y las políticas públicas pueden no encontrarse al interior de un sistema político dado, o encontrarse de maneras muy diversas. Por una parte, puede haber política sin propuestas de políticas públicas y entonces se tiene un sistema político concentrado en la distribución del poder entre los agentes políticos y sociales, dentro de una confrontación interna, que solo genera saldos negativos.

La política sin políticas públicas es más demagógica, menos moderna y por lo tanto, puede haber políticas públicas que desconsideren la política, lo que debilita la gobernabilidad social. Las políticas públicas sin política tienen un problema de diseño y genera costos y conflictos.

### **1.1.2 Política pública de excelencia**

Una política pública de excelencia corresponde a aquellos cursos de acción y flujos de información relacionados con un objetivo político definido en forma democrática; los que son desarrollados por el sector público y, frecuentemente, con la participación de la comunidad y el sector privado. Una política pública de calidad incluirá orientaciones o contenidos, instrumentos o mecanismos, definiciones o modificaciones institucionales, y la previsión de sus resultados.

Lo principal es la idea, el punto de vista, o el objetivo desde el cual plantear o analizar normas o disposiciones, por lo que es posible considerar a una norma o decisión o a varias. Las elecciones en materia de políticas públicas plantea claras disyuntivas económicas, políticas y sociales, las cuales desafortunadamente, no tienen respuestas unívocas en las teorías positivas y normativas<sup>4</sup>.

---

<sup>4</sup> Op. citada , José Ayala Espino, pág. 46

También se ha usado la expresión “espacio de las políticas” para denotar un conjunto de políticas tan interrelacionadas que no se pueden hacer descripciones o enunciados analíticos útiles de ellas sin tener en cuenta los demás elementos del conjunto.

Las políticas públicas de excelencia incluyen el aspecto político como su origen, objetivo, justificación o explicación pública. Si las políticas públicas no son enmarcadas en un amplio proceso de participación, ello puede sesgar a los actores públicos: los especialistas hacia la tecnocracia y los comunicadores hacia al populismo mediático.

Las políticas públicas de excelencia tienen características que favorecen una mejor discusión política; la principal es que son comparables formalmente y de aplicación conjunta, siendo estas las siguientes:

Elas son un marco, una estructura procesal que permite la especificación de las intenciones u objetivos que se desprenden de la agenda pública. Aún la excelencia formal de las políticas públicas no es una garantía respecto de la corrección de sus contenidos sustantivos, los que pueden terminar siendo perfectamente equivocados o inconsistentes con los mecanismos propuestos o las soluciones institucionales definidas en la misma política.

Desde el punto de vista más instrumental, debe recordarse que las políticas públicas necesariamente representan algún tipo de simplificación de los problemas, característica de la que deriva su carácter operacional.

Dicha simplificación puede tener un efecto negativo sobre una comprensión más amplia de los temas o problemas, e incluso puede sesgar la respectiva investigación académica. Más que despolitización de las decisiones gubernamentales lo que habría es una politización y degradación de un segmento considerable de las actividades de investigación.

Los temas económicos y sociales son tan dinámicos y relacionados y las actividades del gobierno que los afectan son tan numerosas e interconectadas, que la precisión en la interpretación de los desarrollos o en la predicción de los resultados de cualquier nueva intervención parece dudosa.

En todo caso, es necesario considerar también el peligro de la ideologización de los temas de la agenda pública, o su análisis en contextos no específicos o imposibles de convertir en políticas reales.

El concepto de políticas públicas incluye tanto temas de gobierno como de Estado. Estas últimas son, en realidad, políticas de más de un gobierno, lo que plantea una especificidad política. También es posible considerar como políticas de estado aquellas que involucran al conjunto de los poderes del estado en su diseño o ejecución.

### **1.1.3 Políticas públicas y el tema de las adicciones.**

En estos tiempos de globalización económica y de reconfiguración social, se exige retomar los dos instrumentos institucionales más importantes del país para modernizarlo y poder incidir en los pendientes sociales, la política y las políticas públicas. Ambas deben abordarse analíticamente como entidades diferentes que no deben confundirse en la definición y aplicación para alcanzar los objetivos que definan el rumbo de país y los aspectos sociales, económicos y de desarrollo humano.

Tanto la política como las políticas públicas, tienen que ver con el poder social y económico y la determinación de recursos para impactar en programas necesarios y específicos de alto impacto social como son: la educación, la salud y la prevención de adicciones.

Pero mientras la política es un concepto amplio, relativo al poder en general, las políticas públicas corresponden a soluciones específicas para la sociedad de cómo manejar y modificar los asuntos públicos, y su trascendencia que debe impactar en el bienestar social.

Entre los temas sociales señalados anteriormente, el de las adicciones es un problema importante y un asunto público emergente, que merece una atención inmediata por la inédita velocidad de penetración en los hábitos culturales del país, producto de los nuevos estilos de vida, de imágenes y estereotipos culturales de otras sociedades, que los medios tecnológicos de comunicación transmiten a velocidades nunca imaginadas, que han impactado principalmente a la población joven.

Los nuevos tiempos para el país, requieren de políticas públicas activas y eficientes diseñadas dentro de un modelo económico, que aborden este problema en forma inmediata y puedan generar medidas preventivas de mayor impacto, que ayuden a generar ciudadanos con un mayor capital intelectual y que estén en condiciones de aprovechar el futuro, sustentándose en una educación cívica moderna y nuevas medidas jurídicas, que normen la conducta social.

Desde el agotamiento institucional del estado benefactor o Keynesiano, al inicio de la década de los 80 del siglo XX, las políticas públicas fueron perdiendo su capacidad de incidir en las carencias generalizadas y a la vez perdieron consistencia para detener a la pobreza y los saldos sociales que la acompañan.

Es en estas décadas de crisis económica, es donde la delincuencia y las adicciones en el país se empiezan acrecentar y agudizar por la falta de oportunidades de educación y empleo para el ámbito intergeneracional.

El anhelo de las generaciones de hoy, es contar con un estado que genere oportunidades y que rescate la esencia no perversa, de aquel estado que se dibujó a principios del siglo XX en el marco constitucional, con cualidades de promotor del desarrollo social, que mantenía el orden institucional, que garantizaba los derechos individuales de todos los grupos sociales, que evitaba la depredación y era proveedor de seguridad y bienestar a los individuos.<sup>5</sup>

En el balance de los próximos años, las políticas públicas serán las primeras en evaluarse, ya que son el instrumento para incidir en una nueva cooperación social, y la que debe abordar con mayor imaginación los problemas generados en estos tiempos, producto de los nuevos estilos de vida, formas de pensar, hábitos culturales y avance tecnológico.

Con un modelo económico fuerte y con políticas públicas eficientes, habrá condiciones básicas para arribar a la visión 2025 con oportunidades más favorables y un México más saludable,<sup>6</sup> para jóvenes, adultos y adultos mayores, es decir un mejor México intergeneracional.

---

<sup>5</sup> Ayala, Espino, J. Un nuevo arreglo institucional para el desarrollo económico, en Política económica para el desarrollo sostenido con equidad, José Luís Calva, coordinador. UNAM, Casa Juan Pablo, México 2002. Pág. 317.

<sup>6</sup> Poder Ejecutivo Federal, Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006. La Visión 2025, pág. 37.

## **Capítulo 2. Desarrollo humano y bienestar económico**

El objetivo básico del desarrollo humano es ampliar las oportunidades para que la gente tenga una vida saludable, creativa y con medios adecuados para que participe en su entorno social. Una de las premisas fundamentales es que el desarrollo humano enfoca hacia la libertad de las personas más que a una acumulación de recursos.<sup>1</sup>

Este tema siempre ha estado presente a lo largo de la historia de las administraciones gubernamentales, donde siempre se hace referencia a elevar el nivel de vida de la población, pero más como un anhelo que con una política pública que determine acciones eficientes, considerando que en la legislación actual no está a la altura y no precisa el alcance de los derechos sociales.

También uno de los puntos de esta inestabilidad en las decisiones sobre desarrollo humano es la asignación de recursos en política social, ya que el gasto social se ve afectado con los efectos negativos en la economía, situación que se agudiza más al no tener los montos suficientes para la atención de la población en los niveles más pobres.

### **2.1 Definición del desarrollo humano.**

Para la definición de desarrollo humano existen una serie de características de tomar en cuenta, en los informes del PNUD (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo) en primer lugar se habla de las capacidades fundamentales para la realización del ser humano, independientemente del tiempo y del lugar en que se encuentren las personas y éstas, son la posibilidad de alcanzar una vida larga y saludable; el poder adquirir conocimientos individual y socialmente valiosos; y tener la oportunidad de obtener los recursos necesarios para disfrutar de un nivel de vida decorosa.

Bajo este marco, se define al desarrollo humano como el estado en que se encuentran las libertades de las personas, es la ampliación de las posibilidades de elegir de los individuos.

Esto es, en primer lugar el enfoque central es directamente en el progreso de la vida y el bienestar humanos, es decir, en una valoración de la vida, después el desarrollo humano se vincula con la posibilidad de que todas las personas aumenten su capacidad humana en forma plena y den a esa capacidad el mejor uso ya sea el cultural, el económico y el político, es decir, en un fortalecimiento de capacidades.

---

<sup>1</sup> Informe sobre desarrollo humano. PNUD. México. 2002

El desarrollo humano tiene que ver con el fortalecimiento de las capacidades y habilidades a través del tiempo y permanentemente.

El desarrollo humano está asociado con la igualdad de oportunidades esto es la posibilidad de que todos los individuos sean sujetos y beneficiarios del desarrollo, en la igualdad de posibilidades de las personas.

## **2.2 El PNUD y el desarrollo humano**

En 1990 el Informe de Desarrollo Humano del PNUD introdujo el IDH (Índice de Desarrollo Humano) y desde entonces se han desarrollado ideas que validan su concepto e ideas que modifican el conocimiento al tener en cuenta los logros sociales, se han enfocado varios temas en relación con el desarrollo humano como globalización, derechos humanos, tecnología, democracia, sin embargo sigue imperando las condiciones de país que determinan sus posibilidades de alcanzar el desarrollo humano.

Durante mucho tiempo los modelos de desarrollo tuvieron como objetivo disminuir y erradicar la pobreza, en algunas ocasiones se han variado sus condiciones, se ha insistido en el carácter multidimensional de la pobreza que no solo es la ausencia de ingresos económicos o a las dificultades para cubrir las necesidades mínimas sino que se extiende a otras dimensiones de la vida humana: a las dificultades de presencia en la vida pública y la nula participación en las decisiones sociales, a las barreras para un acceso a educación de calidad y a la persistencia dentro de los ciclos normales de formación, al desconocimiento de los valores culturales, entre otros.

En el Informe del Desarrollo Humano de 1997, se examinó el tema de la pobreza y su dinámica, destacando la potenciación de la gente como una de las claves para la eliminación de la pobreza. Es importante señalar que los nuevos proyectos de desarrollo buscan ahora diversos caminos de participación y dejan los conceptos asistenciales, al mismo tiempo que se plantea la inclusión de sociedades, la equidad y la institucionalidad democrática.

## **2.3 El consumo y el desarrollo humano**

Actualmente las discusiones sobre el consumo y su acelerado crecimiento producto del mundo global económico en algunas sociedades ha llevado hacia el análisis de las implicaciones entre el consumo y el desarrollo dentro del modelo globalizado que implica en

muchos casos, el deterioro de las condiciones de vida de la población en muchos países.

La promoción del consumo en las últimas dos décadas se ha generalizado en la sociedad, se han generado diversas expresiones de consumo entre ellas, la cultural que requieren para su análisis determinados enfoques para entender como se fomentan mezclas culturales y se generan nuevas identificaciones.

Pero en este sentido, el desarrollo humano es una concreción de los ideales y las exigencias propuestos por el conjunto de los derechos humanos incorporados en los últimos años del siglo XX, no sólo como horizonte racional de la acción humana sino también como ingrediente de una educación sentimental.

La globalización le ha dado un matiz nuevo al desarrollo humano y social y ha empezado a producir también nuevas exigencias. La afirmación de las nuevas identidades locales junto a la configuración de economías globales y formas de cultura mundializada que ahora promueve interacciones que rebasan los límites nacionales como también retornos a la insistencia en lo regional y lo local. Así mismo se configuran los procesos de integración en bloques, flujos financieros simbólicos, redes itinerantes de intercambio que son formas que hacen parte de un estilo social diferente en el siglo XXI. De tal forma que no es posible concebir un proceso de desarrollo aislado, sino fuertemente interdependientes en la escena antes descrita.

## **2.4 Teoría del bienestar**

A lo largo del tiempo, han sido variadas las posturas respecto a la conceptualización del bienestar. Los economistas clásicos suponían que los individuos son capaces de maximizar el nivel de bienestar individual y evitar costos, de esta manera se identifica el bienestar de las personas con la utilidad, considerándola como la única fuente de valor. Las críticas al concepto de bienestar de los utilitaristas radica en que se omite información para evaluar dicho bienestar.

Las aportaciones de Amartya Sen a la economía del bienestar demuestran que las personas tienen otras facetas que la búsqueda del propio bienestar, y que la única motivación sea maximizar la utilidad. Sino que existen otras motivaciones entorno a los individuos.

La crítica filosófica a la economía clásica del bienestar donde centra la atención en el desarrollo de las potencialidades humanas las cuales se deben permitir. Comprende dentro de las capacidades lo que una

persona es capaz de hacer o ser y en este sentido las necesidades básicas constituyen solo una parte de las capacidades y en este mismo orden de ideas si estas necesidades básicas se encuentran subsanadas el bienestar se incrementará. Si las personas están bien nutridas, saludables y alfabetizadas tendrá una mayor potencialidad de elegir la persona el tipo de persona que llegará a ser y esta libertad de elección contribuye al bienestar humano.<sup>2</sup>

El enfoque de las capacidades ha contribuido al replanteamiento del desarrollo económico en virtud de que éste no puede verse solo como el crecimiento económico, sino como una expansión del desarrollo humano. En tanto que las personas son capaces de hacer más cosas y no solo de comprar cosas.

En cuanto al futuro del bienestar, Sen habla de la participación del Estado en el bienestar de las personas y que éste debe de ofrecer algún tipo de protección cuando las personas por si mismas no puedan conseguir subsanar sus necesidades. Aún cuando las personas se enfermen y puedan enfrentar los gastos para su atención, posteriormente pueden sufrir de empobrecimiento o tengan cualquier otro problema, entonces el Estado tiene que ofrecer un apoyo básico.

## **2.5 Modelos de crecimiento económico**

De los temas de mayor interés en la economía, están el crecimiento económico y el bienestar de una sociedad, y la mejor forma de explicarlos ha sido la construcción de modelos teóricos, utilizando herramientas conceptuales; para pronosticar la realidad bajo supuestos controlables, los cuales pueden delinear elementos, que se puedan aplicar y generar avances, para el logro de un mayor bienestar social.

Dentro de los modelos más exitosos para explicar el crecimiento económico y el bienestar, están aquellos que concentra en las relaciones existentes entre el cambio tecnológico y el crecimiento económico y explican de que manera, estas variables en la realidad, pueden impactar en el desarrollo humano e intentando diferenciar cómo estos procesos conjuntos, influyen en el crecimiento global económico, permitiendo con esto, ponderar la manera como los factores sociales básicos como son la salud y la educación impactan como parte fundamental del capital humano del cual se permite comprender como se desprende como componente principal de la sociedad y elemento fundamental para determinar la innovación y el desarrollo tecnológico.

---

<sup>2</sup> Sen, Amartya, K. Desarrollo y Libertad. Edit. Planeta. Barcelona 2000

El crecimiento económico involucra una interacción entre el capital humano, la tecnología y la vida económica: el proceso tecnológico transforma el sistema económico y delimita o potencia al capital humano que lo creó.

Las discusiones sobre desarrollo económico además de los aspectos cuantitativos, abarcan también aspectos cualitativos. Las teorías de desarrollo económico intentan explicar causas de diferencias entre países y además se nutren de otras ciencias sociales. Aquí sólo tratamos aspectos de crecimiento económico.

### **2.5.1. El modelo neoclásico de crecimiento exógeno de Solow<sup>3</sup>**

En febrero de 1956, Robert Solow presentó su modelo en un artículo publicado en *Quarterly Journal of Economics*, que es uno de los modelos más conocidos dentro de la escuela neoclásica. Este modelo trata acerca de la relación entre el ahorro, acumulación de capital y crecimiento.

El modelo parte del supuesto de una función de producción de dos factores: trabajo y capital, con rendimientos decrecientes de cada factor y rendimientos constantes a escala. También supone competencia perfecta en los mercados de productos y de factores. Las implicaciones económicas de los supuestos con respecto a la inversión en I+D (innovación y desarrollo) son los referentes ya que supone que: la competencia perfecta reduce a cero los beneficios extraordinarios, por lo tanto si alguna empresa realiza una innovación tecnológica, no se podrá apropiarse de los beneficios de la misma.

Cuando la función de producción posee rendimientos constantes a escala, el pago a los factores de acuerdo a sus respectivas productividades marginales (esto es una implicancia de la competencia perfecta) agota exactamente el valor del producto, no restando recursos para retribuir a la innovación tecnológica. Se desprende que en éste modelo, los empresarios no tienen incentivos para invertir en el desarrollo de nuevas técnicas de producción. El modelo supone que el estado de la tecnología es ajeno al mismo.

El modelo de Solow describe que la tasa de cambio tecnológico determina la tasa de crecimiento de estado estacionario del ingreso per cápita o sea el crecimiento del producto por persona.<sup>4</sup>

---

<sup>3</sup> Robert M. Solow economista estadounidense, obtuvo el Premio Nobel de Economía en 1987, por sus contribuciones a la teoría del crecimiento económico.

<sup>4</sup> Ledesma, J. Economía, teoría y política. Edit. Pearson-Prentice Hall. Buenos Aires 2004

Predice que con el transcurso del tiempo, los ingresos per cápita de las economías de bajos ingresos, tenderán a converger al mismo nivel que las economías de mayores ingresos. Esta hipótesis de convergencia entre los países (convergencia sigma) fue la que cuestionó la utilidad del modelo, más tarde surgió la denominada convergencia condicional, según la cual ésta va a depender de que las economías en tanto compartan las mismas tasas de ahorro e inversión, igual acceso a la tecnología y crecimiento de la población.

Sin embargo, los hechos han demostrado que en las últimas décadas lo que ha ocurrido es que se han agudizado las diferencias entre los ingresos per capita de los países pobres en relación con los países ricos.

### **2.5.2 Los Modelos de Crecimiento Endógeno (MCE)**

Los modelos de crecimiento endógeno se estructuran en torno a una función de producción donde la tasa de crecimiento depende básicamente del stock de tres factores: capital físico, capital humano y conocimientos (o progreso técnico). Factores que pueden ser objeto de acumulación y que generan externalidades. Al asumir la existencia de externalidades positivas, los MCE sustituyen los supuestos neoclásicos ortodoxos sobre rendimientos constantes a escala y competencia perfecta, por los de rendimientos crecientes y competencia imperfecta.

Es decir que niegan la exogeneidad y cuestionan el carácter decreciente de los rendimientos marginales de los factores acumulables.

A diferencia de lo planteado por el modelo neoclásico, en los modelos de crecimiento endógeno la explicación de un crecimiento sostenido del ingreso por habitante no recae en variables exógenas, sino que se encuentra en las condiciones económicas y tecnológicas que enfrentan agentes económicos, lo que estimula o no una mayor inversión, el desarrollo de nuevas tecnologías o ambas cosas.

En los MCE. se considera al conocimiento como un factor productivo específico, resultante de una actividad económica. Esta forma de incorporar al progreso técnico en la función de producción del modelo, tiene como consecuencia directa la revalorización de la educación formal y de la I+D en el proceso de acumulación de conocimientos.

El crecimiento total del factor de productividad está en función del nivel del capital humano, basado éste en una fuerza laboral capacitada para adaptar las nuevas tecnologías. Propugnan por una acumulación de capital humano como una fuerza laboral capacitada y saludable.

También se reconocen la existencia de externalidades de una parte del conocimiento tecnológico (el conocimiento general) que es producto del esfuerzo privado en I+D.

Se afirma que la expectativa de ganancia lo que explica el aumento de la tasa de acumulación de los factores productivos – en especial capital humano y conocimientos – y, por lo tanto, la tasa de crecimiento de largo plazo, dependen esencialmente de las condiciones existentes en el ámbito económico, puesto que de ello dependen las decisiones de ahorro e inversión. Esto implica que el crecimiento a largo plazo es un fenómeno endógeno, resultante de inversiones motivadas por la búsqueda de ganancia.

Sugieren recomendaciones en pro de la intervención pública, para gestión de externalidades, y provisión de bienes públicos, garantizar derechos de propiedad intelectual y física y mantener el marco legal garante del orden público, los MCE aceptan un papel relativamente más activo del Estado y de la política económica que las anteriores concepciones neoclásicas ortodoxas.

### **Capítulo 3. Modelos de la conducta del consumidor.**

Actualmente, el consumo de bienes y servicios ha presentado una marcada tendencia a la diversificación de la oferta y una gran estimulación de la demanda, fenómenos complementarios, asociados en una supuesta relación de conveniencia recíproca, entre productores y consumidores.

Los medios de comunicación han jugado un papel importante en la formación de hábitos de consumo de la sociedad, la influencia de la televisión y otras formas de difusión de la oferta marcan perfiles de consumo.

Si en un principio se experimentó la reacción ante el estímulo del consumo, con el tiempo los proyectos se orientaron a provocar cambios de conducta en el consumidor para adquirir determinados patrones de consumo en beneficio de los productores. El consumidor ha experimentado un deterioro, no solo en su poder adquisitivo, sino en su capacidad de tomar decisiones libres que inciden en sus valores y su resistencia moral, convirtiéndose en rehén de todo aquello que incide en su salud, como son las adicciones.

Los dueños de la producción de artículos de primera necesidad, así como vinos, licores y cigarros, son, otra vez, los grandes oligopolios. Los dueños de las grandes compañías productoras de bienes y servicios básicos en conjunto con los demás de los productores, no han sido suficientemente recíprocos con quienes los sostienen, al no ser atingentes a las verdaderas necesidades sociales.

Para facilitar la comprensión de las conductas del consumidor, recurrimos a la presentación de los diversos modelos que tratan de explicar los elementos que influyen en la decisión del consumidor.

El conocido **modelo de conducta económica de Marshall**<sup>1</sup>, apareció en su libro llamado Principios de Economía en 1890, y en él se enmarca una teoría económica específica sobre el comportamiento del consumidor, según la cual las decisiones de compra son el resultado de cálculos económicos, racionales y conscientes sustentados en el precio, el consumidor trata de gastar su dinero en mercancías que le proporcione utilidad de acuerdo con sus gustos, preferencias y los precios que se rigen el mercado de dicho bien establecen el valor

---

<sup>1</sup> Premio Nobel de Economía en 1890, se le atribuye la primera exposición profunda y completa de la teoría de la oferta y demanda. Marshall consolidó las tradiciones teóricas clásicas y neoclásicas de la teoría económica. La síntesis que realizó del modelo de oferta y la demanda es la fuente principal del concepto macroeconómico y de la teoría del consumidor.

monetario que indica la intensidad del deseo psicológico humano por adquirirlo.

El modelo demuestra que son los factores económicos los que operan en todos los mercados, sugiere la famosa hipótesis de la "ley de la demanda", que explica la conducta del consumidor en el mercado sujeta al precio, y esto explica las siguientes afirmaciones:

1. A menor precio de un producto, mayor su cantidad demandada
2. Cuanto más elevado sea el precio de los artículos, las ventas serán menores.
3. Cuanto más elevado sea el ingreso real, este producto se venderá más siempre y cuando no sea de mala calidad.
4. Cuanto mas altos sean los costos promocionales, las ventas serán también más grandes.

Existe otro modelo que trata de las reacciones a los estímulos de la conducta humana denominado **modelo de aprendizaje de Pavlov**<sup>2</sup> explica que los impulsos o necesidades incitan al individuo a actuar, induciendo a una reacción que tiene el organismo ante una configuración de claves, si esta fue agradable reforzara la reacción ante el estímulo.

El modelo de Pavlov proporciona guías que orientan en el campo de la estrategia publicitaria. La repetición de los anuncios produce dos efectos deseables y sirve de refuerzo, porque el consumidor después de comprar queda selectivamente expuesto a los anuncios del producto. Este modelo proporciona directrices para la estrategia de las copias; un anuncio tiene que producir impulsos fuertes en el individuo para constituir una clave eficaz.

El **modelo psicoanalítico**, basado en la teoría de Freud<sup>3</sup>, según la cual sostiene que cada individuo atraviesa por varias etapas durante sus primeros años de vida y que estos son decisivos en la formación de la personalidad adulta. El individuo posee mecanismos de defensa como la represión, que le ayudan a eliminar la ansiedad causada por deseos o sentimientos inaceptables; se motiva a la persona a olvidarlos y reprimirlos relegándolos a la inconsciencia, de ahí, la idea de que las personas son motivadas por fuerzas tanto conscientes como

---

<sup>2</sup> Ivan Petrovich Pavlov, Premio Nóbel de Medicina, por su trabajo sobre El Reflejo Condicionado en 1904.

<sup>3</sup> Sigmund Freud. Fundador del psicoanálisis, método de fragmentación de la estructura psíquica cuyo objetivo es la investigación de los significados inconscientes del comportamiento, así como los sueños y fantasías del individuo.

inconscientes. Obviamente sus decisiones en la compra de productos están basadas, por lo menos hasta cierto grado en motivaciones inconscientes.

La teoría Veblen<sup>4</sup>, hace relevancia en las en las influencias sociales en la conducta y recalca que las actividades del hombre están directamente relacionadas con su conducta y estas influidas por distintos niveles que existen en la sociedad, como la cultura, la familia, y los grupos de referencia del individuo. El **modelo psicológico de Veblen** considera que muchas de las compras son hechas o motivadas por la búsqueda de prestigio. Aseguraba que el consumo ostentoso sólo era realizado por las personas de un nivel socioeconómico alto y que esta clase de consumo era una meta que otros trataban de imitar.

Se definen otras determinantes en la conducta del consumidor como la influencia de la cultura los cuales son transmitidos a través de la familia, la iglesia, y la escuela y últimamente los medios de comunicación con un rol mayor en la transmisión de la cultura.

Esta serie de teorías que en realidad se complementan sirven para ubicar al individuo consumidor de drogas, sobre un producto que puede ser legal o ilegal, que en principio el individuo pasa inadvertido sus efectos y daños y que va incrementando su consumo en cantidad, frecuencia y consecuencias.

---

<sup>4</sup> Veblen, Thorstein, economista, sociólogo y profesor de la Universidad de Chicago. En 1899 apareció su obra más famosa, La teoría de la clase ociosa, en la que Veblen analizó la estructura económica de su época desde la óptica del darwinismo, y criticó mordazmente la ostentación que de su estatus social hacían constante gala las clases más favorecidas.

## **Conclusiones 1era. parte**

La política es un concepto amplio que involucra el ejercicio del poder, la teoría del estado, la lucha, la opción o disyunción y los fines de la misma. Las políticas públicas implementan una respuesta a las soluciones específicas que deben impactar el bienestar social. La política pública de excelencia define los cursos de acción conforme a un objetivo político elegido democráticamente, desarrollado por el gobierno con la participación de la población y de los grupos organizados de la sociedad.

La atención de las adicciones debe estar enmarcada en una política pública de excelencia que contemple las posibles ineficiencias asociadas a las prácticas monopólicas del mercado, evaluando resultados de las prácticas normativas determinando la eficiencia de éstas, valorar los intereses de grupos involucrados para sopesar las posibilidades de mantener las decisiones de más de un gobierno sexenal.

El desarrollo humano ha sido definido al igual que la política desde varios enfoques a través de los tiempos y las diversas teorías. Sin embargo las discusiones más recientes en foros mundiales como la Organización de las Naciones Unidas lo define a través de la eliminación de la pobreza y el incremento del nivel de consumo de la sociedad, teniendo la obligación de ser sustentable, es decir que garantice el consumo de las generaciones futuras.

Existen varias teorías que tratan de explicar el incremento de las necesidades en la conducta del consumidor las cuales pueden clasificarse a grosso modo desde el punto individual o social, sin embargo ninguna presenta un enfoque integral. En el caso del consumo de las adicciones pueden converger varios de los elementos de estas teorías.

En las aportaciones a la teoría del bienestar, las de Amartya Sen han contribuido al replanteamiento del desarrollo económico en virtud de que éste no puede verse solo como el crecimiento económico, sino como una expansión del desarrollo humano, en donde el individuo debe desarrollar sus capacidades para incrementar su bienestar.

Los modelos del crecimiento económico tratan de explicar las diferencias entre los países, el modelo neoclásico de Solow, si bien ha sido evidenciado por su convergencia sigma, la hipótesis de la convergencia condicional podría validar la utilidad de invertir más para aumentar el capital social del país. En cuanto a los MCE su principal limitación es su apego a la teoría del equilibrio, sin embargo su insistencia en la

existencia de externalidades derivan en que las políticas públicas pueden afectar la tasa de acumulación del capital humano y el nivel de gasto para I+D.

## **SEGUNDA PARTE**

### **LA INVERSION EN SALUD Y LAS ADICCIONES**

#### **Capítulo 4. El sistema de salud en México.**

La teoría económica del estado determina que éste existe para proporcionar a la población los bienes públicos que son aquellos que consumidos por todos o por nadie, ya que la economía de mercado no los produce en forma eficiente.<sup>1</sup> Al cubrir esta falla de mercado el estado se encuentra en un marco de recursos económicos escasos para su producción.

El estado asume su rol en la política social del país y se encarga de la prestación de los servicios de salud y del financiamiento de la política de salud.

En México el Sistema Nacional de Salud incluye a todas las instituciones públicas, las dependencias y entidades de la administración pública, federal y local así como los organismos de los sectores privado y social que prestan servicios de salud, el objetivo central del Sistema es cumplir con el mandato constitucional de protección a la salud.

La coordinación del Sistema esta a cargo de la Secretaría de Salud, las principales instituciones de seguridad social son el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) que proporciona seguridad social a la mayoría de los empleados formales del sector privado; el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) atiende a la mayoría de los empleados federales; otras instituciones que lo conforman son los servicios médicos de la Secretaría de la Marina (SEMAR); los de la Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA); de Petróleos Mexicanos principalmente.

#### **4.1 Orígenes del sistema**

A lo largo de la historia del país, han prevalecido acciones de la sociedad a fin de resolver problemas de salud, en la época precortesiana se llevaban a cabo la práctica de atenciones tradicionales, así como actividades de promoción de la salud y de protección ambiental, las cuales eran conducidas por líderes políticos y religiosos.

Es durante la época colonial que se da inició a la construcción de los primeros hospitales en el continente, ello se derivó de la aparición de

---

<sup>1</sup> Parkin y Esquivel. Microeconomía. Pearson Educación. Mexico 2001

severas enfermedades (tifo, sarampión, viruela, influenza) resultado del intercambio de genes y antígenos, aunque dado el carácter de la época se enfocó como el quehacer caritativo de la sociedad, incluyendo también un buen número de casa asistenciales como asilos, orfanatorios y albergues, sostenidos con la limosna y atendidos por diversas órdenes religiosas, ello con el propósito de redimir a la población indígena de la pobreza y de los males que la acompañan. <sup>2</sup>

Los hospitales en el virreinato, no eran en nada a lo que se conoce actualmente como tales, en ellos vivían y trabajaban las familias, además de atender a enfermos y discapacitados, contaba entre sus funciones las de caridad como el asistir a los huérfanos y desamparados, enseñar oficios y la producción de artesanías para su venta y sostenimiento de estas instituciones.

Hasta finales del virreinato que surge el primer hospital general con una concepción más moderna, debido a la epidemia de viruela en la ciudad de México en el año de 1779, en donde se hizo necesaria la atención de más de 40,000 casos con 9,000 defunciones se convirtió al antiguo Colegio de San Andrés en un hospital de 400 camas, el cual una vez concluida la epidemia se continuó con el proyecto. <sup>3</sup>

El Consejo Superior de Salubridad fue creado en 1841, teniendo atribuciones solo como autoridad local en materia de salubridad y beneficencia pública. En 1906 se funda el Hospital General de México el cual serviría de origen para la creación de hospitales del siglo XX.

Es hasta la promulgación de la Constitución de 1917 en donde se dan las bases para la creación de una unidad responsable de la salud en el ámbito nacional, surge así el Departamento de Salubridad Pública, en el cual se iniciaron las campañas sanitarias nacionales a fin de mejorar las condiciones de higiene de la población y el establecimiento de medidas para el control de las epidemias y endemias que afectaban la población mexicana.

Con el propósito de coordinar las funciones del Departamento de Salubridad Pública, en 1926 se crean las Delegaciones Federales de Salubridad y para 1932 se fundan los Servicios Sanitarios Coordinados a fin de establecer la coordinación en materia de salubridad y asistencia entre la Federación y los estados y territorios. <sup>4</sup>

---

<sup>2</sup> López Antuñano. Evolución de los servicios de salud de la Secretaría de Salud, Revista de Salud Pública de México, 1993, Vol. 35, No.5

<sup>3</sup> Ortiz Mauricio. En los sesenta años de la Secretaría de Salud. Una crónica de su fundación. México, 2002

<sup>4</sup> Instituto de Salud Pública. Crónica de la Escuela de Salud Pública de México de 1922 a 2001. México. 2002

En el año de 1937, se crea la Secretaría de Asistencia reconociendo con ello la sustitución del concepto de beneficencia por el de asistencia pública que había prevalecido desde los tiempos de la colonia, en donde las instituciones de caridad fueron la manera de enfrentar los efectos de la desigualdad social de la conquista, mismas que fueron prevaleciendo a lo largo de la historia de México, desde las ciudades hospital fundadas por los misioneros sostenidos con recursos provenientes de limosnas y obras pías y posteriormente con las leyes de Reforma y su consecuente secularización de los bienes del clero, las instituciones de caridad que sobrevivieron al México independiente fueron administradas bajo un nuevo modelo de ayuda a los desamparados que correspondía al Estado y al altruismo de la sociedad.

## **4.2 El inicio institucional**

Para 1943, esta Secretaría se fusiona con el Departamento de Salubridad, creando así la Secretaría de Salubridad y Asistencia, con facultades legales para organizar, administrar, dirigir y controlar la prestación de servicios de salud, la asistencia y la beneficencia públicas. Con lo cual se identificaban en una sola meta la alcances de la salubridad y la asistencia, se reconocía la atención a la salud como una obligación del estado y un derecho de los ciudadanos. En abril de 1943 se inaugura el Hospital Infantil de México el primero de los diez Institutos Nacionales que más tarde habrían de crearse.<sup>5</sup>

Este hecho no fue aislado, ya que a principios de ese mismo año y con el fin de garantizar el derecho humano a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo se establece el Seguro Social y se decreta la creación de un organismo público descentralizado y para administrarlo y organizarlo, con personalidad y patrimonio propios, al cual se le denominó Instituto Mexicano del Seguro Social.

El Seguro Social tiene como antecedentes de su creación, algunas leyes estatales de principio de siglo que establecían la obligación de los empresarios de atender a sus empleados en caso de enfermedad, accidente o muerte, derivados del trabajo. Es hasta la Constitución de 1917 que en su artículo 123, se declara el establecimiento de cajas de seguros populares para invalidez, vida, cesación involuntaria del trabajo, accidentes y de otros, constituyendo así la base del Seguro Social en México.<sup>6</sup>

---

<sup>5</sup> Op. citada. En los sesenta años de la Secretaría de Salud.

<sup>6</sup> Instituto Mexicano del Seguro Social. <http://www.imss.gob.mx>

Años más tarde con la modificación del artículo 123 constitucional, donde se incorporan las garantías para los servidores públicos, en diciembre de 1959 se publica la Ley del ISSSTE que cubre la asistencia a la salud, prestaciones sociales, culturales y económicas a los trabajadores del Estado. A partir de esto, en 1960, se crea el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado de lo que anteriormente fue la Dirección General de Pensiones Civiles y de Retiro.<sup>7</sup>

Tanto el Instituto Mexicano del Seguro Social como el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, fueron creados como organismos descentralizados por función del gobierno federal y conformaron una red con base en las delegaciones estatales y regionales con criterios de delegación desconcentración.

### **4.3 El Sistema Nacional de Salud**

Con estas tres instituciones oficiales existentes en 1977, se establece el Sector Salud con base en la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, el cual se determina como el agrupamiento administrativo de entidades paraestatales bajo la coordinación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, ello a fin de asegurar la coordinación operativa y el control de las entidades que actúan en el campo de la salud.

Desde sus orígenes, la organización de las instituciones que conforman el sector salud fue en función a la participación de la población en la economía nacional de esta manera la población que accede a un trabajo formal y percibe un salario se atiende por las instituciones de seguridad social que son financiadas por las aportaciones de los trabajadores, de los patrones y del gobierno federal, en tanto la población que no cuenta con un trabajo formal son atendidos por las instituciones del Estado, las instituciones privadas atienden a la población que cuenta con mayores recursos.

Para ampliar la cobertura a grupos de población rurales marginados, se estructura el Programa IMSS-COPLAMAR y en la Secretaría de Salud un programa paralelo en las zonas urbanas Programa de Atención a la Salud a Población Marginada en Grandes Urbes Metropolitanas, estos programas aportaron importantes innovaciones al Sistema.

A principios de los 80's unificando las funciones del Instituto Nacional de Protección a la Familia y el Instituto Mexicano para la Infancia y la Familia se crea un nuevo organismo público descentralizado llamado Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia cuyo objetivo

---

<sup>7</sup> Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. <http://www.issste.gob.mx>

fue promover y atender a la población infantil en lo referente a salud, educación y desarrollo cultural, tanto en el ámbito familiar como en la comunidad y sumando esta institución al sector salud.

En este decenio, se realizaron profundos cambios jurídicos en materia de salud, se adicionó al artículo 4º. Constitucional en 1983 el párrafo que incorpora el derecho a la protección de la salud y al siguiente año se promulga la Ley General de Salud, reglamentaria de este derecho, bajo este esquema se plantea en el Programa Nacional de Salud 1984-1988 conforme a lo dispuesto en el Plan Nacional de Desarrollo el Sistema Nacional de Salud apoyado en la descentralización y sectorización.

Así, se inicia el proceso de descentralización de los servicios de salud en el marco del nuevo federalismo que planteaba la distribución de competencias para un fortalecimiento de la Nación, una economía más eficiente y una sociedad más justa e igualitaria.

La descentralización de los servicios de salud tuvo como objetivo contribuir a la ampliación de la cobertura y a la mejoría de la calidad de los servicios, a través de la adecuada distribución de competencias entre los tres niveles de gobierno y el traspaso de facultades y recursos a los gobiernos estatal y municipal.

Bajo esta nueva concepción de organización y funcionamiento de servicios, se realizan cambios que derivan hasta el cambio de denominación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia por el de Secretaría de Salud y transformar sus funciones como coordinadora del sector y del Sistema Nacional de Salud.

Durante los siguientes años se continúa con el establecimiento del Sistema Nacional de Salud, para 1988 se alcanzan a descentralizar 14 estados y se desconcentran el resto de las entidades federativas. Se programa sectorialmente con el fin de hacer más eficientes los recursos aplicándolos en acciones preventivas e intervenciones de promoción y protección a la salud.<sup>8</sup>

Es hasta el Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000, donde se retoma el proceso de descentralización y se suscribe con los gobernadores de los estados el Acuerdo Nacional para la descentralización de los servicios de salud a población abierta, a fin de que cada entidad federativa cuente con un sistema estatal que le sea

---

<sup>8</sup> Op. citada. López Antuñano

propio, que responda a sus necesidades locales y prevé medidas para ampliar la cobertura.<sup>9</sup>

A partir de 2001 y bajo la perspectiva de lograr que el "sistema mexicano de salud sea universal, equitativo, solidario, plural, eficiente, de alta calidad, anticipatorio, descentralizado, participativo y vinculado al desarrollo" conforme se señala en el Programa Nacional de Salud 2001-2006, se inicia el proceso de creación del Sistema de Protección Social en Salud, con lo que en mayo del 2003, se modifica la Ley General de Salud para incluir la protección social en salud cuya finalidad es garantizar que toda la población tenga el acceso a los servicios de salud en forma efectiva, oportuna y de calidad.

Constituye esta modificación un nuevo enfoque financiero de salud, por el cual la asignación de recursos será conforme al número de familias incorporadas al sistema de protección social. Para lograr el funcionamiento de estos mecanismos se han firmado acuerdos de coordinación con las entidades federativas. Para alcanzar la cobertura de la población no asegurada en instituciones de seguridad social, se pretende hacer en forma gradual, teniendo como meta para el 2006, cinco millones de familias afiliadas y en el 2010 llegar a 11.5 millones de familias en el Sistema de Protección Social en Salud.

#### **4.4 Acciones institucionales de salud para el combate a las adicciones**

La Secretaría de Salud, a través del Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC), conduce la política nacional en materia de investigación, prevención, tratamiento, formación y desarrollo de recursos humanos para el control de las adicciones, ello con el propósito de mejorar la calidad de vida individual, familiar y social.

El CONADIC coordina las tareas para enfrentar los problemas relacionados con sustancias adictivas y de salud mental, con la participación de entidades públicas y privadas. Desde 1986, se crearon en los estados, los Consejos Estatales contra las Adicciones que observan la coordinación de estas tareas a nivel estatal.

Desde 1982 se incluyen a los Centros de Integración Juvenil (CIJ) como organismo sectorizado de la Secretaría de Salud con participación estatal mayoritaria. Los CIJ tienen como objetivos: prevenir, tratar e investigar el problema de la farmacodependencia, para contener, disminuir y eventualmente erradicar el consumo de drogas y las

---

<sup>9</sup> Secretaría de Salud. Descentralización de los servicios de salud a las Entidades Federativas. Memoria 1925-2000. México.

adicciones de alcohol y tabaco; orientar, informar y capacitar sobre los factores de riesgo y protectores asociados al uso indebido de drogas, generar conciencia sobre la magnitud del problema y la disponibilidad de los servicios preventivos y terapéuticos disponibles.<sup>10</sup>

Las acciones institucionales de salud en el combate a las adicciones, se incluyen en la estrategia de los programas emergentes mediante su definición explícita descritos en el Programa Sectorial de Salud 2001-2006. Para disminuir la adicción al tabaco, alcohol y otras drogas se contemplan acciones de educación, prevención, tratamiento, control de la publicidad, prohibiciones de venta de productos, restricciones de espacios y modificaciones fiscales para desalentar el consumo de alcohol y tabaco. Se tienen planteadas.<sup>11</sup> Estas acciones se detallan en los Programas de Acción de Alcoholismo, Tabaquismo y Farmacodependencia.

Los programas de acción en contra de las adicciones tienen previsto una mejor capacidad del sistema de salud para la atención preventiva y el tratamiento de los problemas relacionados con el consumo de drogas, así como la conjunción de esfuerzos tanto de las instituciones como de las organizaciones privilegiando los intereses comunitarios y la salud pública por encima de cualquier otro interés.

---

<sup>10</sup> Centros de Integración Juvenil. <http://www.cij.gob.mx>

<sup>11</sup> Secretaría de Salud. Programa Sectorial de Salud 2001-2006. México. 2001

## **Capítulo 5. El problema de las adicciones**

El problema de las adicciones en nuestro país constituye uno de los más sensibles desafíos de los poderes públicos, de las familias y de la sociedad; las adicciones han crecido de tal manera que su proliferación está poniendo en riesgo a la sociedad misma y a sus instituciones políticas.

El incremento de las adicciones representa en la actualidad un desafío potencial, sobre todo si se considera que el 60 por ciento de las personas con adicción no aceptan su problema. Está comprobado que cuando las diversas manifestaciones del desorden adictivo no se atienden adecuadamente, se traducen en problemas de delincuencia y violencia intrafamiliar, así como en ejemplo de conductas negativas para los hijos, niños y jóvenes que rodean a la persona adicta.

La tendencia al alza en las adicciones y los daños a la salud que implican, obligan a la implantación de acciones multisectoriales, que con una participación corresponsable y permanente de la sociedad, refuercen la prevención para su reducción y detección temprana.

La demanda de drogas lícitas e ilícitas tienen un impacto fundamental en todas las áreas de la seguridad pública, de la salud, en el desarrollo económico del país, en los aspectos educativos y en las relaciones sociales.

Por su potencial para crear dependencia o adicción, el consumo de sustancias psicoactivas tiene secuelas en el ámbito laboral, la integración familiar y la relación social. Las adicciones son un problema emergente con un alto costo social y económico.

En México se ha propuesto que los tres niveles de gobierno participen e incluyan acciones que impacten sobre el problema de las adicciones y se ha propuesto la conformación de una red nacional de servicios para brindar ayuda a quienes padecen problemas de adicción, basado en la aplicación de tecnologías de vanguardia como la utilización de intervenciones cognitivo-conductuales y farmacológicas y la capacitación a los profesionales de la salud y de otras disciplinas afines.

Se busca así mismo, fomentar una cultura que valore la importancia que tiene las tareas que se desarrollan en el control de la oferta de las sustancias ilícitas, la adopción de medidas para reglamentar la venta de bebidas alcohólicas en establecimientos en donde acuden principalmente jóvenes y hacer efectiva la prohibición de la venta de tabaco a menores.

En el país existen las estrategias que se realizarán con la conjunción de esfuerzos de las Secretarías de Estado y otras dependencias del sector público, así como con otros organismos de los sectores social y privado, en las que se incluye la revisión del marco normativo para hacer más efectivas las acciones para el control del tabaquismo y el alcoholismo, así como de los ordenamientos legales que regulan la atención y el tratamiento de los adictos.

Lo que se busca, con estas estrategias, son mecanismos de capacitación, conjuntamente con instituciones del ámbito laboral, militar y las instancias de procuración de justicia, así como de aquellos organismos cuya tarea esté dirigida a poblaciones vulnerables, especialmente de zonas marginadas y grupos indígenas.

Adicionalmente se fortalece la posición de México en el ámbito internacional, a través de acuerdos y acciones en materia de reducción de la demanda de sustancias adictivas a niveles tanto multilateral, como regional y bilateral.

## **5.1 Las adicciones**

Hoy el primer elemento relevante en las adicciones es delimitar qué entendemos que es una adicción. A pesar de que hay criterios específicos para los distintos trastornos, como la dependencia de sustancias psicoactivas, el juego patológico, etc., todos parten de los criterios de dependencia de sustancias psicoactivas, dado que además en las adicciones, sean con o sin sustancia, se dan los fenómenos de pérdida de control, tolerancia, síndrome de abstinencia, etc.

En esta línea, la American Psychiatric Association en su manual Diagnóstico y Estadístico de Desórdenes Mentales versión cuarta (DSM-IV) la dependencia de sustancias psicoactivas se caracteriza por un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por tres o más de los síntomas que indicamos a continuación, y durante un período continuado de 12 meses. Estos síntomas son los siguientes:

- 1) Tolerancia, definida por cualquier de los siguientes ítems: a) una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado; b) el efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.
- 2) Abstinencia, definida por cualquier de los siguientes ítems: a) el síndrome de abstinencia característico para la sustancia; b) se toma la

misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

3) La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía.

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

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

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

7) se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo (por ej., consumo de la cocaína a pesar de saber que provoca depresión, o continuada ingesta de alcohol a pesar de que empeora una úlcera).

El DSM-IV también considera el abuso de sustancias que es una condición menos grave que la dependencia.

En el caso de la dependencia de sustancias, cuando nos referimos a conductas sin sustancia, el diagnóstico sería el mismo sustituyendo sencillamente la palabra sustancia por la "específica" conducta adictiva (ej., juego, sexo, etc.), con los matices para esa específica conducta.<sup>1</sup>

## **5.2 Adicciones y salud**

La historia de las adicciones va unida a la historia de la humanidad. Fumar cigarrillos, beber alcohol, mascar hojas de coca, esnifar preparados psicoactivos, beber pócimas, fumar marihuana, utilizar el opio para el dolor, etc., son ejemplos bien conocidos de algunas de las sustancias que el hombre ha utilizado a lo largo de la historia o sigue utilizando.

En los tiempos actuales, junto a las anteriores, y sus derivados industriales o químicos, destacan las nuevas adicciones, unas derivadas de sustancias, como es el caso de la heroína, la cocaína, las drogas de

---

<sup>1</sup> Echeburúa, E. ¿Adicciones sin drogas? Bilbao 1999.

diseño, el LSD, entre las más importantes, y otras adicciones comportamentales, sin sustancia, como resultado de nuestra sociedad tecnológica, como la adicción a Internet, al juego de azar, al teléfono móvil, a los teléfonos eróticos, al sexo, a las compras, y a un amplio etcétera de conductas que pueden llegar a ser adictivas.<sup>2</sup>

Por ello, en los últimos años se incluyen distintas conductas bajo la denominación genérica de adicciones o conductas adictivas. Basadas inicialmente en el concepto de dependencia (física y psíquica), y evolucionando a partir del mismo, se aplicaban inicialmente a sustancias psicoactivas que ingeridas por un individuo tenían la potencialidad de producir dependencia. Con el transcurrir de los años se observó que también existían conductas, que sin haber sustancia de por medio, tenían la capacidad de producir dependencia y el resto de las características que tenían las dependencias a las sustancias psicoactivas.

Una característica central a las conductas adictivas, es la pérdida de control. La persona con una conducta adictiva no tiene control sobre esa conducta, aparte de que la misma le produce dependencia, tolerancia, síndrome de abstinencia y una incidencia negativa muy importante en su vida, que va a ser en muchos casos la causa de que acuda en busca de tratamiento o le forcen a buscarlo. Gossop definió como elementos característicos de una adicción<sup>3</sup>:

- 1) un fuerte deseo o un sentimiento de compulsión para llevar a cabo la conducta particular (especialmente cuando la oportunidad de llevar a cabo tal conducta no está disponible);
- 2) la capacidad deteriorada para controlar la conducta (especialmente, en términos de controlar su comienzo, mantenimiento o nivel en el que ocurre);
- 3) malestar y estado de ánimo alterado cuando la conducta es impedida o la deja de hacer;
- 4) persistir en la conducta a pesar de la clara evidencia de que le está produciendo graves consecuencias al individuo.

En la misma línea, Echeburúa considera como características principales de las conductas adictivas la pérdida de control, la fuerte dependencia

---

<sup>2</sup> Becoña, E. Alcoholismo. En M.A. Vallejo (Ed) Manual de terapia de conducta (Vol. II) Dykinson Madrid. 1988

<sup>3</sup> Gossop, M. Recaída, comportamiento y adicciones. Londres 1989

psicológica, la pérdida de interés por otras actividades gratificantes y la interferencia grave en la vida cotidiana.<sup>4</sup>

Si tuviésemos que hablar de diferencias entre las adicciones del pasado y las actuales, nosotros consideramos que hay tres diferencias fundamentales entre unas y otras. Estas son:

- 1) la disponibilidad y comercialización (sea de tipo legal o ilegal) a lo largo de todo el planeta de sustancias o productos que producen adicciones en los individuos;
- 2) la pérdida del sentido simbólico y del valor cultural que tenían en el pasado muchas de las adicciones actuales, que en aquel contexto se consumían controladamente de un modo normativizado y ritualizado, y
- 3) el cambio social que facilita el individualismo, la búsqueda del placer inmediato y la satisfacción de todas las necesidades que piensa el individuo que le son imprescindibles, facilitando con ello caer más fácilmente en las adicciones.

Respecto a la primera, hoy es indudable que la disponibilidad de sustancias y conductas con poder adictivo es enorme. Además, las sustancias se han miniaturizado, en el sentido comercial y físico, consiguiéndose con ello una posibilidad de transporte de las mismas fácil y casi ilimitado en cantidad.<sup>5</sup>

Por ejemplo no es lo mismo el número de dosis para el consumo que obtenemos de una tonelada de hoja de coca que de una tonelada de cocaína. La segunda permite multiplicar el número de dosis para el consumo por varias cifras respecto a la primera.

La pérdida del sentido simbólico de muchas sustancias ha facilitado un incremento de las adicciones. En muchas culturas la sustancia o la conducta tenía un valor simbólico o ritual, y como tal valor estaba sometida a las normas y al control social. Sin ese control social, en muchos casos precisamente para evitar excesos, el exceso ritual pasa a convertirse en un exceso frecuente. Esto lleva a que una parte de los individuos de ese sistema social tenga problemas con esa sustancia.

Y, finalmente, los cambios sociales, económicos, tecnológicos y de todo tipo que hemos vivido en los últimos 50 años, han facilitado el cambio de un tipo de hombre a otro, en el más amplio sentido. Desaparece la ruralización y se incrementa la urbanización, se cambia el modo de

---

<sup>4</sup> Op. citada. Echeburúa, E.

<sup>5</sup> Westemeyer, J. Historia y contexto social de las sustancias psicotrópicas. Madrid. 1998

producción, de intercambio de bienes, el modelo económico, produciendo falta de referentes en muchos individuos, etc.

En otros casos, ante la disponibilidad de dinero que permite adquirir bienes, algunos optarán por la adquisición de aquellos más inmediatos que producen ese placer inmediato. Y, en este placer inmediato, están la mayoría de las adicciones.

El mayor problema que tienen las adicciones no son habitualmente los efectos que producen a corto plazo. El problema está en los efectos que produce a medio y a largo plazo. Así, muchos fumadores de cigarrillos morirán años después de fumar ininterrumpidamente de cáncer de pulmón o de enfermedades cardiovasculares muchos bebedores excesivos de alcohol o alcohólicos morirán de enfermedades hepáticas o de accidentes; muchas personas dependientes de la heroína o de la cocaína morirán de enfermedades causadas por ellas, como ha ocurrido y está ocurriendo con el sida, la hepatitis, infecciones, etc., aparte de los problemas sociales que causan en forma de robo, extorsión, problemas legales, familiares, etc.

Todo ello, origina la atención médica ya sea en casos de emergencia por intoxicaciones agudas o bien por tratamiento de los daños ocasionados y las enfermedades causadas por las adicciones, con erogaciones ya sean privadas o públicas. Los servicios de salud tienen que reforzar su infraestructura para la atención de este problema emergente de salud.

### **Alcoholismo**

Es una enfermedad marcada por el consumo incontrolado de bebidas alcohólicas a un nivel que interfiere con la salud física o mental del individuo y con las responsabilidades sociales, familiares u ocupacionales. Las personas con dependencia de alcohol, el trastorno alcohólico más severo por lo general experimenta tolerancia (la necesidad de cantidades cada vez mayores para lograr la intoxicación o el efecto deseado) y síntomas de abstinencia cuando el alcohol se suspende o se reduce el consumo. También gastan mucho tiempo consumiendo alcohol y consiguiéndolo.

Los abusadores del alcohol son "bebedores problema" es decir pueden tener problemas legales, como beber y conducir o beber de juerga (tomar seis o más tragos en una ocasión). Las personas que son dependientes o abusan del alcohol vuelven a su consumo a pesar de la evidencia de los problemas físicos o psicológicos, aunque aquellos con dependencia presentan problemas más severos y una mayor compulsión a beber.

El alcoholismo es un tipo de farmacodependencia en la cual existe tanto la adicción física como la psicológica. La dependencia se manifiesta en la reaparición de síntomas cuando el consumo de alcohol se interrumpe, la tolerancia a los efectos causados por el alcohol y la evidencia de enfermedades asociadas con el alcohol.

El alcohol afecta el sistema nervioso y puede producir neuropatía y demencia; el consumo crónico de alcohol también puede aumentar el riesgo de cáncer de la laringe, esófago, hígado y colon. El consumo de alcohol durante el embarazo puede ocasionar problemas severos en el desarrollo del feto, el más serio es el síndrome de alcohol fetal que puede producir retardo mental y problemas de comportamiento; una forma leve de la condición que aún puede producir daño de por vida se denomina afectos alcohólicos fetales.

El consumo excesivo de alcohol, produce efectos metabólicos fisiológicos y conductuales, en forma persistente puede producir daño hepático, trastornos gastrointestinales y alteraciones al sistema nervioso y cardiovascular entre otros, sin embargo las consecuencias sociales suelen ser tan serias como los problemas médicos. La dependencia del alcohol puede surgir en un período de años, con un patrón progresivo consistente.<sup>6</sup>

En México, el consumo de bebidas alcohólicas constituye uno de los principales factores de riesgo, entre las principales causas de muerte asociadas al consumo del alcohol en la población en edad productiva se encuentran los accidentes, seguido por la cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado, también el homicidio y las lesiones, las enfermedades del corazón y cerebrovasculares, los suicidios y el síndrome de dependencia al alcohol.

Existe en el país una elevada tasa de mortalidad por cirrosis hepática, la asociada con el abuso del alcohol va en ascenso.

Estudios en México, han demostrado que 9% de las personas con abuso de alcohol tiene también un desorden afectivo y este porcentaje aumentaba al doble, cuando se consideraban los casos con dependencia al alcohol.<sup>7</sup>

El desarrollo de la dependencia al alcohol puede surgir en un período de años, seguido de un patrón progresivo relativamente consistente. A inicio, el individuo experimenta una fase de tolerancia al alcohol, lo cual

---

<sup>6</sup> Secretaría de Salud. Programa de acción: Adicciones. Alcoholismo. 2001, México

<sup>7</sup> Medina-Mora, et al. Alcoholismo y abuso de bebidas alcohólicas. Observatorio Mexicano.

resulta en la capacidad de consumir una gran cantidad antes que sus efectos adversos se noten.

La fase siguiente a la tolerancia se caracteriza por un deterioro de la memoria relacionada con los episodios del consumo y posteriormente se presenta una falta de control durante el consumo, en la cual el individuo afectado ya no puede suspender el alcohol en el momento en que lo desee.

La abstinencia se desarrolla debido a que el cerebro se ha adaptado físicamente a la presencia del alcohol y no puede funcionar adecuadamente en ausencia de la droga. Los síntomas de la abstinencia pueden incluir aumento de la temperatura, aumento de la tensión arterial, taquicardia, desasosiego, ansiedad, psicosis, convulsiones y, en raras ocasiones, inclusive la muerte.

No existe una causa común del alcoholismo. Sin embargo, varios factores pueden jugar un papel importante en su desarrollo. Es probable que ciertos genes pueden aumentar el riesgo de alcoholismo pero qué genes o cómo ejercen su influencia es motivo de controversia. Entre los factores psicológicos están la necesidad de aliviar la ansiedad, una depresión en curso, conflictos de relaciones interpersonales sin resolver o baja autoestima; y entre los factores sociales están la disponibilidad del alcohol, la aceptación social del consumo de alcohol, la presión del compañero y estilos de vida estresantes.

La incidencia del consumo de alcohol y problemas relacionados está aumentando. Datos de muchas fuentes indican que alrededor del 15% de la población de los Estados Unidos son bebedores problema y aproximadamente del 5 al 10% de los hombres bebedores y del 3 al 5% de las mujeres bebedoras podrían ser diagnosticadas como dependientes del alcohol (12.5 millones de personas).

## **Tabaquismo**

La nicotina es el principal componente del tabaco, el cual es un alcaloide con doble efecto estimulante y sedante, activa la vía dopaminérgica y los receptores colinérgicos y nicóticos del sistema nervioso central.

La nicotina incrementa la actividad intestinal, la saliva y las secreciones bronquiales, a esta estimulación sigue una fase de depresión de los músculos respiratorios. En promedio sube la frecuencia entre 10 y 20 latidos por minuto y la presión arterial porque contrae los vasos sanguíneos. Se incrementa la sudoración, las náuseas y la diarrea, eleva el nivel de glucosa en la sangre y la producción de insulina, la nicotina

tiende a aumentar la agregación plaquetaria lo que puede conducir a la formación de coágulos sanguíneos. En un efecto temporal estimula la memoria y la lucidez.

Además de la nicotina, el tabaco contiene más de 19 químicos carcinógenos, la mayoría se conocen como alquitrán y más de 4,000 de otros químicos como acetona, amoniacó, dióxido de carbono, cianuro, metano, propano y butano.

Cuando se consume tabaco por un período largo se puede incrementar el riesgo de enfermedad coronaria, incluyendo angina y ataques cardíacos, hipertensión, coágulos, aneurismas y apoplejía, cáncer en pulmón, boca, faringe, esófago, vejiga, riñón, páncreas y de cuello uterino. Problemas relacionados con el embarazo, parto prematuro, niños con bajo peso al nacer, retraso en la cicatrización de heridas, enfermedades en dientes y encías, disminución de los sentidos del gusto y olfato, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfisema y bronquitis crónica.<sup>8</sup>

El incremento relevante en el número de personas que fuman tabaco esta produciendo elevaciones significativas en la tasa de mortalidad por cáncer atribuible a este consumo.<sup>9</sup>

Los análisis de mortalidad señalan que puede atribuirse al tabaquismo 45% de las muertes por enfermedad isquémica del corazón, 51% de las muertes por enfermedad cerebrovascular, 84% de las muertes por enfisema y bronquitis crónica y 90% de las muertes por cáncer de pulmón, lo que representaría que poco más de 100 personas mueren al día por enfermedades asociadas al consumo de tabaco.<sup>10</sup>

## **Drogas psicoactivas**

Los efectos de las drogas psicoactivas varían conforme a su cantidad o dosis utilizada, vía de administración, así como a la edad, peso, factores hereditarios del individuo, otros factores como desarrollo de tolerancia, combinación con otras sustancias, etc. Los daños a la salud, se relacionarán conforme al tipo de la sustancia ya sea que actúe como depresor o como estimulante del sistema nervioso central, como opiáceos o como alucinógenos.

---

<sup>8</sup> Enciclopedia Médica: Tabaco para fumar y para mascar. <http://www.nlm.nih.gov>

<sup>9</sup> Tovar-Guzmán, V. et al., Tendencias de mortalidad por cánceres atribuibles al tabaco en México. Revista de Salud Pública de México, Vol.33, 2002.

<sup>10</sup> Tapia Conyer R. et al., Las adicciones. Dimensión, impacto y perspectivas. Edit. Manual Moderno. 2001

Entre los depresores del sistema nervioso central, se encuentran los inhalables, los barbitúricos y las benzodiazepinas, estas sustancias en un inicio presentan excitación, fatiga y agitación en el individuo, después puede desarrollar ataxia y mareos y en intoxicaciones extremas: insomnio, debilidad muscular, alucinaciones. El uso crónico de estas sustancias pueden derivar hacia problemas de atención, falta de coordinación, debilidad muscular y algunos estados psicóticos entre otros problemas.

Los estimulantes del sistema nervioso central como la cocaína, a corto plazo producen aumento del estado de alerta y de energía, supresión del hambre, contracción de los vasos sanguíneos, aumento de la frecuencia cardíaca y la presión sanguínea. Su uso repetido produce ansiedad, hiperactividad e irritabilidad, estados psicóticos similares a la esquizofrenia, cuando ocurre una sobredosis pueden convulsionar y producir depresión respiratoria y paro cardíaco. En el caso de las anfetaminas y las metanfetaminas, al igual que la cocaína se consideran altamente adictivas, en especial estas sustancias interfieren con la serotonina, un neurotransmisor, por lo que pueden producir cambios en el estado de ánimo, deterioro en el aprendizaje y la memoria, así como alucinaciones.

Entre los principales opiáceos, se encuentra la morfina y la heroína que poseen grandes efectos analgésicos y la sensación del llamado "rush", estas sustancias provocan una dependencia severa, su suspensión desencadena el síndrome de abstinencia, con la presentación de una terrible sintomatología (espasmos, temblores, mialgias, anorexia, náuseas, vómitos, ansiedad, lagrimeo, diaforesis, midriasis, piloerección, etc.). La principal consecuencia de la dependencia a los opiáceos es la alta tasa de mortalidad debido a sobredosis ya sea deliberada o dosis de alta pureza que el adicto no las detecta o bien que combine su uso con alcohol o barbitúricos los cuales las potencializa.

Por lo que respecta a los alucinógenos, bajo los efectos de estas sustancias se producen cambios en la percepción y el estado de ánimo, los "viajes" pueden durar varias horas en los que son sensaciones agradables o aterradoras. Sus efectos van desde alteraciones del sueño, aumento de la presión arterial y de la frecuencia cardíaca, emociones intensas que pueden desencadenar en posible presentación de reacciones agudas de pánico y estados psicóticos prolongados.

Si bien la marihuana no pone en peligro la vida de quien la consume de manera directa, en algunas personas dependiendo de la vía de administración y la concentración del THC (delta-9-tetrahidrocannabinol) puede desencadenar efectos psicóticos, donde es

necesario un manejo hospitalario. El uso crónico de la marihuana, puede derivar a alteraciones en las funciones cognitivas y en incapacidad de resolver pruebas que incluyen el uso de memoria reciente.

### **5.3 La estadística de las adicciones.**

Según los datos de la Encuesta Nacional de Adicciones en el año 2002, en el país existen 3 millones de personas dependientes del alcohol, 16 millones de fumadores y más de 500 mil usuarios frecuentes de alguna droga ilícita como la marihuana, la cocaína y los inhalantes.

El 46.3% de la población en México consume **alcohol**, con una mayor participación de los hombres 72%, 12.4% son bebedores consuetudinarios y 9.3% con dependencia al alcohol. En tanto que 43% de las mujeres consume alcohol, aunque solo el 0.7% son bebedoras consuetudinarias, 0.7% con dependencia al alcohol y 3.7% bebedoras moderadas. Se reporta un mayor consumo en la población urbana que en la rural.

El consumo per cápita es de 2.79 litros. El patrón de consumo de los hombres es el moderado alto que incluye un consumo mensual con cinco copas o más por ocasión 16.9% y el consuetudinario que consume cinco copas o más al menos una vez por semana 12.4%. En las mujeres es frecuente el consumo mensual con menos de cinco copas por ocasión 4.8% y le sigue el moderado alto 2.7%.

En los adolescentes entre 12 y 17 años el 25.7% reportó haber consumido alcohol, siendo el patrón de consumo poco frecuente (menos de una vez al mes) el que caracteriza a este grupo de población, aunque existe un 10.5% de los adolescentes urbanos y el 4.7% de los rurales que reportaron consumir altas cantidades de alcohol por ocasión.<sup>11</sup>

Aun cuando el consumo de alcohol del país es inferior al reportado en otros países como los europeos. Las características de consumo que prevalecen en México, expone a los consumidores a un mayor riesgo. El consumo del alcohol no es homogéneo entre la población, por una parte existe un gran grupo de población de abstemios principalmente femenina y el 72% de bebedores masculinos lo hace en forma ocasional, pero con grandes cantidades de alcohol.

El consumo de alcohol incrementa en casi siete veces el riesgo de ingresar a un servicio de urgencia por traumatismo; 30 veces más el

---

<sup>11</sup> Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Adicciones. México, 2002.

riesgo por violencia infligida por otros y 58 veces por violencia autoinfligida.<sup>12</sup>

En lo referente al **tabaquismo**, a pesar de que se conocen sus efectos nocivos para la salud, su consumo en nuestro país es generalizado y, de hecho, existen muy pocos obstáculos para su consumo.

Aunque aparentemente el consumo per capita de cigarrillos ha disminuido en las últimas décadas, esto podría ser engañoso, ya que se reconoce por parte de las empresas tabacaleras la introducción al mercado del contrabando pirata de cigarrillos.

En México el tabaco es una de las sustancias adictivas más utilizadas, la Organización Panamericana de la Salud OPS en 1971, demostró que las prevalencias de tabaquismo en el país eran de 44.7% en hombres y 16.5% en mujeres. Sin embargo en los últimos años el consumo se ha estabilizado.

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Adicciones 2002, los resultados muestran que el 23.5% de la población eran fumadores lo que representa más de 16 millones de personas entre los 12 a 65 años, dentro de la población urbana se encuentra el mayor número de fumadores con 26.4% en tanto que en la población rural es de 14.3%. La prevalencia masculina de los fumadores es del 69.4% que equivale a tres fumadores hombres por cada mujer.

Como fumador dependiente las cifras arrojan 1.4% de los mexicanos que representa más de un millón de personas que requieren de atención especializada para resolver su problema de tabaquismo.

El 64% de los fumadores adultos, en promedio consumen de 1 a 5 cigarrillos por día. Los exfumadores representan el 17.4% poco más de 12 millones, predominantemente población urbana 79.1%.

De este grupo población de 12 a 65 años, la Encuesta los divide en dos grupos, de 12 a 17 y de 18 a 65 años, debido a la importancia que los menores de 18 años tienen en el consumo del tabaco y que su venta esta prohibida para este grupo. En las zonas urbanas se encontró que una prevalencia del 10.1% de los adolescentes, en tanto que en la zonas rurales fue de 6.1% en ambas poblaciones se identifican un mayor número de fumadores varones que de mujeres con proporción de tres a uno en el área urbana y mucho mayor en el área rural de diez a uno. La edad en que estos jóvenes comienzan a fumar es entre 15 y 17

---

<sup>12</sup> Op. citada. Medina-Mora et al.

años, el consumo es generalmente de uno a cinco cigarrillos, aunque el 3.9% señaló el consumo de 11 a 20 cigarrillos y el 2.8% más de 20 cigarrillos.

El consumo de tabaco representa un mayor gasto en los hogares con menores ingresos que gastan entre 9 y 22% de sus ingresos, en tanto que los de mayor ingreso el gasto promedio en tabaco representa el 1% de sus ingresos.<sup>13</sup>

Esto se refuerza al comparar el incremento en los precios de los cigarrillos, en tanto que las marcas que consumen el nivel de ingresos alto de la población<sup>14</sup> se incremento de 1999 a 2005 del 47%, las marcas que consumen el nivel de ingresos bajo se incrementó del 100 al 200%.

Según la Encuesta Nacional de Adicciones 2002, por lo que se refiere al **uso y abuso de drogas ilegales** incluyendo dentro de éstas a la marihuana, cocaína, heroína, inhalables y alucinógenos y drogas médicas usadas fuera de prescripción, se reporta una prevalencia del 5% del total de la población, esto es poco más de 3.5 millones de personas entre los 12 y los 65 años han utilizado por lo menos alguna vez alguna droga, 1.3 % uso alguna droga un año previo al estudio y 570 mil lo habían hecho en los treinta días previos a la encuesta.

Esta prevalencia se da preferentemente en la región norte del país, en mayor medida en el medio urbano y con mayor tendencia en el sexo masculino con una proporción de cuatro a uno. Cabe señalar que dentro del grupo de adolescentes de entre 12 y 17 años de edad más de 215 mil reportan haber utilizado droga alguna vez en su vida.

Entre las drogas de mayor consumo según la Encuesta, se ubicó primero la marihuana con 2.4 millones de personas que reportaron haberla utilizado al menos alguna vez en su vida, en segundo lugar la cocaína con una preferencia del 1.23% en la población. Los inhalables y los estimulantes de tipo anfetamínico sumaron un .53% de preferencia y en último lugar se ubicaron la heroína y los alucinógenos (.17%). Es importante mencionar que sin embargo en el grupo de 12 a 17 años, el consumo de inhalables ocupan el segundo lugar después de la marihuana.

---

<sup>13</sup> Vázquez-Segovia, L., et al., El consumo de tabaco en los hogares en México: resultados de la Encuesta de Ingresos y Gastos de los Hogares, 1984-2000. Salud Pública de México. Vol.44, 2002

<sup>14</sup> Meneses-González, F., La industria tabacalera en México. Revista de Salud Pública de México, Vol. 44, 2002.

En el análisis de la Encuesta sobre el uso de obtención de las drogas ilegales, el principal vector son los amigos, en el caso de la marihuana y los alucinógenos y la cocaína (57.3%, 66,5% y 69.6% respectivamente), en el caso de los inhalables, la heroína y los estimulantes tipo anfetamínico se adquieren predominantemente en la calle (59.3%, 46.4% y 46.3%).

Entre las drogas médicas fuera de prescripción, los tranquilizantes son los que se utilizan más frecuentemente, seguido por los sedantes y las anfetaminas y otros estimulantes, este uso se da mayormente en el grupo de 35 a 65 años y la forma de obtención es con médicos.

Del análisis de tendencia en el uso de drogas a través de la encuestas, se muestra que el nivel de consumo de las drogas se ha mantenido, a excepción de la marihuana donde se nota una disminución en el consumo. Así también del análisis sobre el crecimiento del consumo de drogas se encontraron más de un millón de nuevos casos.

Es de especial importancia los datos comparativos del consumo de drogas entre México y Estados Unidos, por la multiplicidad de interacciones en este problema de los dos países, se señala que en Estados Unidos, la prevalencia es mucho mayor que en nuestro país, la mayor proporción de consumidores se encuentra en el grupo de 26 a 34 años en donde por cada seis estadounidenses que hayan consumido droga alguna vez, lo ha hecho un mexicano, en este mismo grupo de edad la marihuana tiene una proporción de siete a uno, los inhalables de once a uno, la cocaína de nueve a uno, los alucinógenos de 52 por uno y la heroína de seis estadounidenses por un mexicano. Los índices de consumo en México son más bajos que en los Estados Unidos, aunque para algunos grupos específicos y sustancias tiene una mayor similitud como es el caso de la cocaína en el grupo de 18 a 25 años.<sup>15</sup>

Se reconoce que en México, se ha ido incrementando el problema de consumo y dependencia de las drogas en México, además de que el esquema de abuso/dependencia se ha ido modificando; el uso de la cocaína registra un mayor incremento frente a las demás sustancias, así como en algunos grupos existe un riesgo de aumento de la heroína, hacen su aparición las drogas de diseño, se reporta un consumo mayor en el grupo femenino y de adolescentes. Aunado a este panorama, se cuenta con una mayor disponibilidad de drogas y la percepción de la población ante el riesgo no es alta.<sup>16</sup>

---

<sup>15</sup> Secretaría de Salud. Diagnóstico y tendencias del uso de drogas en México.

<sup>16</sup> Op. citada. Tapia Conyer, R. et al.

## **Capítulo 6. La producción del alcohol, tabaco y otras drogas en México**

### **6.1 Producción del alcohol en México**

#### **6.1.1. Orígenes del alcohol**

La obtención del alcohol, data desde los inicios del hombre en donde aprendió el proceso de fermentación de granos y jugos, obteniendo una bebida de efectos especiales.

Se refiere que hace más de seis mil años, los sumarios elaboraban y consumían cerveza en las márgenes del río Tigris y Eufrates. Los griegos identificaban la cerveza con los egipcios ya que le denominaban zythum que significaba vino de cebada. También existen pruebas de que el pueblo chino hace más de cuatro mil años producía una clase de cerveza llamada kiu, hecha a base de cebada, trigo, espelta, mijo y arroz.<sup>1</sup>

En México, el pulque fue la bebida fermentada de mayor uso en el México prehispánico, considerada una bebida divina, la cual solo se consumía en ocasiones especiales generalmente de tipo religiosos, o por personas específicas. Los patrones de consumo en las sociedades prehispánicas eran totalmente diferentes a los actuales, se podía beber solo en los eventos permitidos hasta la embriaguez y en condiciones normales solo los ancianos lo podían hacer, ya que por su edad se suponía tenían el alma endurecida en donde los espíritus del pulque no podían hacerles daño ni obligarlos a realizar excesos. Salvo estas excepciones se castigaba severamente el abuso en el consumo del pulque, llegando incluso en ocasiones al ahorcamiento si eran nobles o ilustres y se les trasquilaba o daba de palos si eran plebeyos. De esta forma el alcoholismo no representaba un problema grave en esta época. Empero en la Colonia cambiaron los patrones de consumo, desapareció el control religioso del pulque, y se bebía con exceso en cualquier ocasión, por lo que se consideraba a los indígenas proclives al alcoholismo, con una proporción considerable de alcohólicos.<sup>2</sup>

Posteriormente el pulque fue relegado al consumo de grupos específicos considerando como una bebida de la plebe. Al mismo tiempo se tuvo disponibilidad en el mercado de otras bebidas alcohólicas elaboradas con productos de destilación, como es el caso del aguardiente de caña, a raíz del cultivo de la caña de azúcar promovido por Hernán Cortés,

---

<sup>1</sup> Historia de la cerveza <http://www.gmodelo.com.mx>

<sup>2</sup> Ibidem, Tapia Conyer

tiempo después empezó la producción de mezcal y tequila a través de los destilados del agave.<sup>3</sup>

### **La sustancia**

El alcohol que se encuentra en las bebidas es el alcohol etílico o etanol, es un líquido transparente e incoloro, con sabor a quemado y un olor agradable, se concentra por destilación de disoluciones diluidas.

El alcohol es una sustancia depresiva que disminuye el funcionamiento del sistema nervioso, entra al torrente sanguíneo desde el intestino delgado que absorbe esta sustancia y se transporta a través de la sangre por todo el cuerpo. En el hígado se convierte en agua, dióxido de carbono y energía a razón de ½ onza por hora, en el cerebro afecta las neuronas y retarda el proceso de razonamiento, los efectos duran hasta que el alcohol ha sido procesado entre una hora y media por 12 onzas de cerveza, cinco onzas de vino o un cóctel en una persona promedio de 75 kilos.<sup>4</sup> El alcohol es una sustancia adictiva.

### **6.1.2 Las empresas productoras y su historia**

La industria de las bebidas alcohólicas data desde la fundación de la Nueva España, aunque en un principio se sancionó y prohibió su uso, es a partir del siglo XVIII, donde la producción del pulque aumentó, constituyendo una importante fuente de riqueza. Se establecieron tabernas especializadas llamadas pulquerías en pueblos y ciudades en las que se consideraba toda una etiqueta para su consumo con una serie de vasos especialmente diseñados como *macetas*, *cañón*, *chivos*, *chivitos* y *tornillos*. Su popularidad disminuyó ante la competencia de la cerveza, aún cuando todavía subsiste su consumo en algunas zonas rurales.<sup>5</sup>

La industria cervecera en México tuvo sus comienzos desde la fundación de la Nueva España, en el año de 1542 el emperador Carlos V suscribió una Cédula a Alonso de Herrera para conceder el permiso de un establecimiento cervecero y durante la Colonia se instalaron cervecerías artesanales. Es hasta los finales del siglo XXVIII, en el año de 1890 se funda la Cervecería Cuauhtémoc en Monterrey, Nuevo León, y con ello la industria cervecera moderna. Más tarde en Veracruz, surgen cuatro pequeñas cervecerías (Santa Elena, La Mexicana, La Azteca y la Inglesa) y posteriormente en la Cervecería de Sonora y la Cervecería del Pacífico y la Cervecería Yucateca en la ciudad de Mérida, teniendo más de 29

---

<sup>3</sup> Ibidem

<sup>4</sup> Introducción al alcoholismo

<sup>5</sup> <http://www.pulque>

registros de cervecerías en México al comenzar el siglo XX. Hacia el año de 1922, se fundó la Cervecería Modelo en la ciudad de México por un grupo de empresarios españoles.<sup>6</sup>

Cabe señalar que a lo largo de la trayectoria de la Cervecería Cuauhtémoc y la Cervecería Modelo las dos cervecerías nacionales más importantes actualmente, han buscado su encadenamiento industrial, para satisfacer sus necesidades de producción, de ahí que por la Cervecería Cuauhtémoc Moctezuma hoy integrada al grupo FEMSA se crearon importantes empresas como Vidriera Monterrey, Hylsa, Fábricas Monterrey, Empaques de cartón Titán, Grafo Regia y Malta e incluso el Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey a fin de preparar ingenieros y técnicos competentes para estas industrias. Grupo Modelo es un conglomerado de más de 150 empresas entre cartoneras, malteras, vidrieras, metal-mecánica, transporte, servicios e inmobiliarias.

Las ventas por cerveza se han incrementado en los últimos años, el volumen de ventas alcanzó para 2003 poco más de 66 millones de hectolitros, casi 58% mayor al obtenido en 1995 en donde un tercio de estas ventas corresponde a la exportación. *(Ver gráfico volumen y valor de la producción de las bebidas alcohólicas)*

La industria del vino en México, data de principios de la Colonia, Hernán Cortés ordenó plantar a los colonizadores mil viñas por cada cien indígenas que tuvieran encomendadas. Para 1934 se contaba con viñedos bien establecidos en Puebla, Michoacán y regiones cercanas a la ciudad en México, posteriormente conforme avanzaba la colonización se fue expandiendo el cultivo de la vid hacia el norte del país principalmente en Coahuila y Baja California. De forma comercial, el primer vino de América se produjo en el valle de Parras en 1593 por Francisco de Urdiñola. Pocos años después en 1597, Lorenzo García estableció la Hacienda de San Lorenzo, la bodega sigue funcionando actualmente con el nombre de Casa Madero.<sup>7</sup>

Si bien en un inicio, empezó a desarrollarse la vitivinicultura en México, pesaba la ordenanza real de Felipe II, rey de España de prohibir la producción de vinos en la Nueva España y la destrucción de los viñedos existentes, ya que amenazaba los intereses comerciales de los productores de España.

Las misiones jesuitas al mismo tiempo que evangelizaban las tierras de la península de Baja California, cultivaban la vid para la producción de

---

<sup>6</sup> Cuauhtémoc Moctezuma <http://www.ccm.com.mx>

<sup>7</sup> El primer vino de América. <http://vinosdemexico.com.mx>

vino. Después de la expulsión de los jesuitas en 1767, los dominicos y franciscanos retomaron las actividades en las misiones y fundaron otras de manera que continuó la actividad vitivinícola.

Sin embargo en todo este tiempo se siguió desalentando la producción de vino en la Nueva España, a principios del siglo XI las viñas de la Parroquia de Dolores en Guanajuato, fueron cortadas y quemadas por un grupo de soldados, ya que semanas antes Miguel Hidalgo había desobedecido la orden de la Real Audiencia que ordenaba destruirlas.

En las años que siguieron a la época de Independencia de México, se realizaron algunos apoyos para la vitivinicultura del país, con el régimen de Porfirio Díaz se trató de que al menos un viñedo se tuviera en cada estado.

Es a partir de la década de los cincuenta en el siglo XX, que toma importancia en varias zonas del país, con Viñedos El Alamo, Vinícola del Vergel en Durango, Cavas San Juan y la Madrileña en Querétaro.

Posteriormente en los finales de los ochenta en lo que se conoce como la segunda oleada del nuevo mundo el vino mexicano junto con los argentinos y los neocelandeses adquiere mercado y reconocimiento internacional.

La industria del vino se compone en un 50% de producción nacional y la otra mitad de importación de Chile, España, Alemania y Estados Unidos principalmente. Con un valor económico de alrededor de 140 millones de dólares. La producción nacional es de 27 mil toneladas por ciclo agrícola en 3,500 hectáreas sembradas en los valles de Baja California, Coahuila, Querétaro y Zacatecas, donde se producen anualmente 1.2 millones de cajas de vino (9 litros por caja) con una exportación del 20%.<sup>8</sup>

La industria de los destilados incluye las bebidas de alta graduación, hidroalcohólicas de entre 40 y 45 grados que se beben puras, añejadas o mezcladas, obtenidas mediante la destilación del vino, cereales, bayas o cualquier otro componente aromático. Entre estas se encuentra principalmente el tequila, brandies, rones, aguardiente de caña, vodkas, ginebras, whisky y los licores (combinados, cremas, dulces, etc.)

En México algunas de las bebidas destiladas, se producen también desde tiempos prehispánicos, en el caso del tequila que es el destilado de mayor consumo en México actualmente. Se dice según los antiguos relatos que el tequila fue descubierto cuando cayó un rayo sobre un

---

<sup>8</sup> Ibidem

plantío de agaves con tal fuerza que desgajo el corazón de la planta y con el calor ardió unos segundos ofreciendo a los indígenas un aromático néctar que se aceptó como regalo de los dioses. Los indios tiquilas fermentaban el mexcalli (corazón del maguey) al macerarlo con agua, pero los españoles introdujeron el proceso de destilación que se usa en la actualidad. El llamado vino mezcal fue de los primeros productos que se obtuvieron con técnica europea de un elemento natural americano.

Durante los primeros siglos de la Colonia la producción y comercialización del tequila no quedó plenamente establecida debido a las prohibiciones, censuras impuestas a su fabricación. Para mediados del siglo XVIII el tequila ya es conocido y aceptado en la población de la ciudad de México sobre mezcales procedentes de zonas más cercanas pero de inferior calidad. Es en esta época cuando se crean las haciendas de producción tequilera, en 1758, José Antonio Cuervo compra la Hacienda de la Cofradía de las Ánimas y su hijo José Guadalupe Cuervo recibe la primera concesión real para comercializar el vino mezcal. A principios del siglo XIX, se contaban con al menos una docena de haciendas tequileras en Tequila y otra docena más en Amatitlán, destacan desde esa época las destilerías de La Rojeña, y la Herradura. Cenobio Sauza exadministrador de la destilería de José Cuervo, adquiere la destilería de la Antigua Cruz denominándola La Perseverancia, con el cual se le conoce actualmente.<sup>9</sup>

Para 1950, se mejoran las técnicas de producción de la industria tequilera, se aumentan los campos de cultivo para el agave tequilana Weber, variedad azul y se producen tequilas con mayor accesibilidad a gustos y paladares.

En las últimas décadas se le conoce como las del boom tequilero, en donde el tequila ha desplazado en el consumo nacional a otros licores.

En cuanto al aguardiente de caña también llamado chinguirito, su fabricación estuvo prohibida por la Cédula Real del 30 de noviembre de 1714, por lo que solo se consumía el aguardiente importado de España. Hasta el año de 1976, con el virrey Miguel de la Grúa Talamanca, marqués de Branciforte se establece el impuesto a su producción y venta.<sup>10</sup>

El aguardiente de caña, generalmente toma las características locales del lugar donde se produce, en México por ejemplo el charanda, destilado de caña producido en las faldas del cerro de Charanda, en

---

<sup>9</sup> <http://www.acamextequila.com.mx>

<sup>10</sup> De Michoacán al mundo, el charanda. Revista Bancomext.

Uruapan, Michoacán desde hace más de 100 años por la familia Cleofás Murguía. La producción anual de este licor va sobre 800 mil litros.<sup>11</sup>

Desde un principio las fábricas se situaron en los ingenios y trapiches de las zonas de cultivo de caña de azúcar principalmente en Córdoba, Izúcar, Cuernavaca y Cuautla.<sup>12</sup>

Otro destilado de la caña es el ron, que fue el licor de mayor consumo en la década de los 70s, la marca de mayor consumo era Bacardí, ron de origen cubano, fue tal la aceptación de este licor, que se estableció una fábrica en Tultitlán, México, actualmente esta firma controla el 22% del mercado de licores, que equivalente a 20 millones anuales de cajas de nueve litros cada una.<sup>13</sup>

El brandy tiene su origen en la segunda mitad del siglo XVIII, por Pedro Domecq Loustau, sucesor de la casa Domecq en el sur de España, al descubrir un almacenamiento de vino en barriles de roble por más de 24 años, comercializa el primer brandy español llamado Fundador. En México, debido a la gran demanda de este licor, la empresa española llega al país en 1948 y crea el mercado mexicano de brandies, así durante la década de los 50 y 60s se inicia la comercialización de las marcas Presidente y Don Pedro, que fueron los brandies de mayor consumo en México. La empresa Domecq se extiende a los vinos de mesa y en los 80s, llega a tener siete plantas procesadoras en el país, con una capacidad instalada mayor a las 210,000 toneladas. Años después realiza uniones con la empresa tequilera Sauza y con la distribuidora Puig, con ello amplía la comercialización de las marcas nacionales, en 1994 el grupo internacional Allied-Lyons la adquiere con lo que actualmente la empresa Allied Domecq es líder en vino y destilados en el país con un volumen de ventas superior a los 9 millones de cajas y marcas que incluyen desde vinos, brandies, ginebras, vodkas, whiskies, cognacs y RTDs.<sup>14</sup>

Como se muestra en el siguiente cuadro, la producción de las bebidas alcohólicas en México en los últimos diez años como la de cerveza y del tequila han ido incrementando aún cuando en el caso de este último durante los finales de los noventas tuvo una fuerte baja en la producción debido a la escasez del agave, en los últimos tres años ha recuperando su producción. Los vinos de mesa han tenido una producción constante sin embargo en los últimos años compiten con los de exportación de menor precio especialmente los chilenos. En cuanto al brandy y el ron

---

<sup>11</sup> Op.citada. De Michoacán al mundo,

<sup>12</sup> Aguardiente de caña. Guía General. Archivo General de la Nación.

<sup>13</sup> Semanario El asesor de México 2002

<sup>14</sup> <http://www.domecq.com.mx>

su producción ha ido decreciendo comparativamente a lo que fue su boom de los años 70s y 80s.

Volumen y valor de la producción de bebidas alcohólicas 1994-2004										
Año	CERVEZA		VINOS		DESTILADOS					
	Volumen	Valor	Volumen	Valor	TEQUILA		BRANDY		RON	
					VOLUMEN	VALOR	VOLUMEN	VALOR	VOLUMEN	VALOR
1994	4,505,957	9,353,727	34,514	171,601	61,474	612,373	83,603	1,297,510	81,179	1,313,141
1995	4,420,483	11,571,133	26,984	176,658	65,025	750,040	69,961	1,640,853	64,543	1,464,967
1996	4,811,145	15,576,245	32,541	240,751	81,889	1,468,194	68,901	2,027,051	66,869	1,648,968
1997	5,131,504	18,512,221	39,074	319,388	92,091	1,798,314	62,647	2,216,930	72,160	1,896,583
1998	5,456,903	23,463,916	35,960	379,262	105,724	2,682,900	62,523	2,748,550	71,409	2,224,326
1999	5,790,478	28,520,035	37,123	418,756	123,741	3,600,877	51,486	2,701,322	57,103	3,085,457
2000	5,985,123	33,486,532	40,695	557,975	94,514	5,511,125	54,749	2,684,663	32,208	1,440,723
2001	6,163,188	36,554,202	43,956	575,212	67,328	4,804,445	ND	2,271,684	37,826	2,286,614
2002	6,352,992	40,299,468	32,925	438,640	65,041	4,353,468	ND	2,868,443	50,282	2,535,660
2003	6,546,156	41,468,121	35,600	461,503	70,655	4,749,514	ND	2,242,993	37,570	1,410,899
2004	6,758,407	45,815,187	33,869	449,762	85,459	5,289,527	ND	2,322,002	21,571	1,013,685
<b>TOTAL</b>	61,922,336	304,620,787	393,241	4,189,508	912,941	35,620,777	453,870	25,022,001	592,720	20,321,023

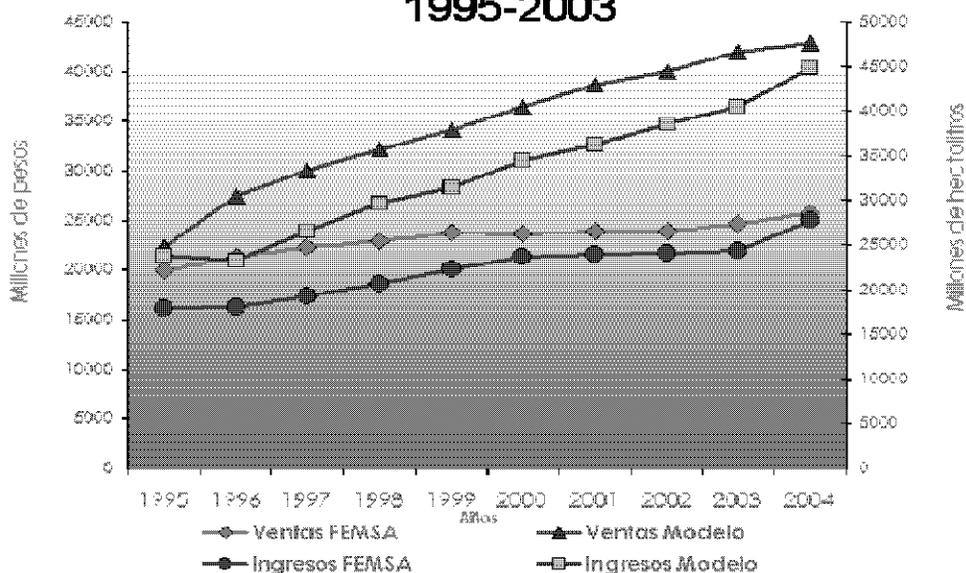
Volumen: miles de litros

Valor: miles de pesos

Fuente: INEGI. Encuesta Industrial Anual

El siguiente cuadro comparativo de las ventas e ingresos de las cervecerías sirve para dar una idea de las ganancias reportadas por la industria alcohólica y su tendencia creciente.

## Comparativo de ventas e ingresos de las cervecerías 1995-2003



Fuente: Informes Anuales de FEMSA y Grupo Modelo

## 6.2 El tabaco

### 6.2.1 Orígenes del tabaco

Siendo el tabaco una planta originaria de América (*Nicotiana Tabacum*), su consumo data desde el inicio del desarrollo de las culturas prehispánicas. A la llegada de Cristóbal Colón al Continente, se observó a los nativos del Caribe que fumaban el tabaco a través de una pipa (tobago) para uso ceremonial y medicinal, fue uno de los marineros de Colón, Rodrigo de Jerez quién al ser de los primeros en fumar en Europa fue llevado a las cárceles de la Inquisición. Posteriormente Francisco Hernández de Toledo, lleva la semilla a España en 1510 y años después Jean Nicot lo introduce en Francia, dándole el nombre genérico de nicotiana <sup>15</sup>

El pirata inglés Francis Drake en 1585 lo lleva a Inglaterra y de esta forma se empieza a difundir su uso en Europa, iniciando su costumbre en la corte isabelina con Sir Walter Raleigh quien lo fumaba en pipa, el rey Jaime I de Inglaterra lo sentencia a morir por ese hábito. <sup>16</sup>

Sin embargo en un inicio, España monopoliza el mercado del tabaco estableciendo el estanco (embargo o prohibición del curso y venta libre

<sup>15</sup> Op. citada. Tapia Conyer et al.

<sup>16</sup> Secretaría de Salud. Programa de acción: Adicciones. Tabaquismo. México. 2001

de algunas cosas, o asiento que se hace para reservar exclusivamente las ventas de mercancías o géneros, fijando los precios a que se hayan de vender) de este producto y la prohibición de cultivar el tabaco en la península, empero al extender el estanco a Cuba don de se producía gran parte de la producción, se provocan numerosas revueltas hasta ceder en 1735 la explotación a la Compañía de la Habana. De esta forma la colonia inglesa de América se convierte en el primer productor de tabaco, teniendo su inició en Jamestown, Virginia, donde se convierte en el producto agrícola básico, posteriormente se extiende hacia Carolina del Norte y Missouri. En 1864 en Ohio se obtiene una cepa deficiente en clorofila que recibe el nombre de burley blanco y que hoy constituye la mezcla principal del tabaco americano. Para 1881 se inventa la maquina de elaborar cigarrillos con lo que se incrementa la producción en forma notable y reduce el costo.

### **6.2.2 Las empresas productoras de tabaco**

Es a través de un continuo proceso de concentración de empresas que se desarrolla el mercado del tabaco, a nivel mundial actualmente cuatro empresas dominan el 75% del mercado mundial del tabaco: tres transnacionales Phillip Morris, British American Tobbaco y Japan Tobbaco y la China National Tobbaco que produce el 30% de los cigarrillos de todo el mundo

La producción de tabaco es de cerca de siete millones de toneladas anuales con 5,800 miles de millones de cigarrillos, en la industria del tabaco se emplean más de 40 millones de personas en los cultivos, 1.2 millones en las actividades de producción además de contar con 20 millones en el sector informal.<sup>17</sup>

En México, la industria tabacalera mexicana al igual que la industria internacional siguió el mismo patrón de concentración de empresas y de capitales, a principios de siglo se contaban con más de 700 empresas, sobre el esquema estabilizador para 1975 existían seis empresas Cigarrera La Moderna (CIGAMOD), Cigarrera Tabacalera Mexicana (CIGATAM), El Aguila, Fábrica de Cigarros Baloyán, Fábrica de Cigarros La Libertad y Cigarrera Nacional.<sup>18</sup>

A partir de 1977, CIGAMOD y CIGATAM son compradas por dos de las empresas más importantes a nivel mundial Philip Morris y British American Tobacco respectivamente, existiendo para finales de los

---

<sup>17</sup> Gómez Cerda, José. La agricultura y la alimentación. FEMTAA 2003.

<sup>18</sup> Meneses-González, F., et al., La industria tabacalera en México. Revista de Salud Pública, Vol. 44, México. 2002.

noventas además de estas dos empresas, la Cigarrera La Libertad la que posteriormente fue adquirida por CIGAMOD.

Actualmente CIGATAM es subsidiaria del Grupo CARSO al 50.01% y vende toda su producción a Philip Morris México compañía filiada al Grupo Carso al 49.99% que se encarga de la comercialización del producto.

CIGATAM-Phillip Morris comercializa las marcas Marlboro, Benson and Hedges, L&M, Baronet, Broadway, Dalton, Rodeo, Delicados, Elegantes, Tigres, Reales, Faros.

Marlboro, de forma individual, continuó creciendo su participación, alcanzando mas de 42% de forma individual. Su participación de mercado en el Distrito Federal alcanzó mas de 56%. Adicionalmente, en 2001 se llevo a cabo el lanzamiento de la marca Parliament, ofreciendo otra opción a los consumidores del segmento alto.<sup>19</sup>

Por otra parte, British American Tobacco México posee hoy en día una de las plantas manufactureras de cigarros más modernas en Latinoamérica gracias a que se invirtieron alrededor de 48 millones de dólares durante el 2001. Para esta empresa se considera a México como el segundo mercado en importancia en América Latina. La planta tiene capacidad actual para producir alrededor de 36 mil millones de cigarros al año. Una tercera parte de esta producción esté enfocada hacia mercados de exportación, principalmente el Medio Oriente. BAT México produce 17 marcas en una extensa variedad de presentaciones, Alas, Raleigh, Fiesta, Montana, Boots, Gol, Alitas, Argentinos, Bohemios, Gratos, Pacífico, Embajadores y las marcas internacionales Lucky Strike, Kent, Salem, Camel y Viceroy.<sup>20</sup>

### **6.2.3. La producción de tabaco en México**

La planta del tabaco es un arbusto de hojas verdes grandes con sabor amargo, tiene también otros usos como insecticida en agricultura y fuente de ácido nicotínico en la industria química.

En el estado de Nayarit es donde se concentra más de 80% de la superficie cultivada y de la producción de tabaco en todo el país, siendo la extensión promedio de 2.1 hectáreas de las superficies tabaqueras.<sup>21</sup>) 55)

---

<sup>19</sup> Grupo Carso. Reporte anual. <http://www.gcarso.com.mx>

<sup>20</sup> Batmexico. Nuestra historia. <http://batmexico.com.mx>

<sup>21</sup> Horacio Mackinlay. Las organizaciones campesinas y la nueva agricultura de contrato: la rama del tabaco.

Desde la desincorporación de la paraestatal Tabacos de México (TABAMEX) en 1989, la superficie cultivada ha ido disminuyendo de un promedio de 30 mil hectáreas cosechadas en los ochenta a poco más 12 mil hectáreas en 2003. <sup>22</sup>8) 56)

En esta rama de la agroindustria es en donde se refleja de manera más drástica la modificación a la agricultura de contrato controlada por las empresas privadas, en tanto que TABAMEX les pagaba a los agricultores el mismo precio sin considerar la calidad del tabaco, actualmente se determinan siete calidades con fluctuaciones en el precio de hasta poco más de 60% de la calidad más alta a la más baja, lo que no beneficia a los pequeños productores que no tienen condiciones para elevar sus niveles de productividad. Esto aunado a la necesidad de abaratar los costos de producción, determina que en términos generales las condiciones de los productores no son las mejores para negociar con las grandes empresas.<sup>23</sup>

#### **6.2.4. Política del tabaco en el país**

El consumo de tabaco si bien se considera una conducta de riesgo, que conduce a enfermedades crónicas y causa importante de mortalidad, a lo largo del tiempo, se han ido estableciendo diversas reglamentación que abarcan desde la oferta y demanda del producto y las especificaciones de su elaboración, pero solo en los últimos años, se ha reconocido la necesidad de establecer un marco legal de apoyo al control del tabaquismo.

Hasta el año de 1991 el precio del tabaco estaba controlado, actualmente su precio se aumenta a través del incremento a los impuestos que se le aplican. Hay dos tipos de impuestos en el tabaco, el impuesto al valor agregado (IVA) que es de 15% aplicado en forma general a todos los productos del tabaco y el impuesto especial sobre la producción y servicios (IEPS) que se aplica a los tabacos labrados (procesados artesanalmente o de forma industrial). En el período de 1980 a 1988 los impuestos al tabaco en especial el tabaco rubio que representan las dos terceras partes del consumo, aumentaron alcanzando un máximo de 180%, posteriormente tuvieron una disminución sostenida hasta 1994 en que el impuesto bajo a 78%, manteniendo ese porcentaje hasta el año 2000 en que subió a 100%; en 2002 el 105%, en 2003 107%, y en 2004 110%. El impuesto al tabaco sin filtro se había mantenido en 20.9% hasta el 2001 con el

---

<sup>22</sup> Presidencia de la República. 4º. Informe de Gobierno. México. 2004

<sup>23</sup> Op. citada. Horacio Mackinlay-

razonamiento de no afectar el poder adquisitivo de los sectores de bajos ingresos, sin embargo esto dio como resultado que se alentará su consumo y a partir de 2002 el impuesto se incrementa al 60% y cada año hasta el 2005 en que se iguala al mismo porcentaje de los cigarrillos rubios de 110%.<sup>24</sup>

Comparación de precios de marcas de cigarros 1999-2005

Empresa Tabacalera	Marca	1999 Precio *	2005 Precio**	%
CIGATAM	Benson & Hedges 100 mentolado	\$13.00	\$19.20	47.7
CIGATAM	Benson & Hedges 100	\$13.00	\$19.20	47.7
CIGATAM	Marlboro C.S. 100	\$13.00	\$19.20	47.7
CIGATAM	Marlboro Lights E.L.85	\$10.00	\$18.20	82.0
CIGATAM	Marlboro Lights C.S.85	\$10.00	\$18.20	82.0
CIGATAM	Marlboro E.L. 85	\$10.00	\$18.20	82.0
CIGATAM	Marlboro F.T. 80	\$10.00	\$18.20	82.0
CIGATAM	Marlboro 14 F.T.	\$7.00	\$13.10	87.1
CIGATAM	L&M Regular C.S.	\$7.50	\$15.20	102.7
CIGATAM	L&M Regular F.T.	\$7.50	\$15.20	102.7
CIGATAM	L&M Lighs F.T.	\$7.50	\$15.20	102.7
CIGATAM	L&M Lighs C.S. 85	\$7.50	\$15.20	102.7
CIGATAM	Baronet Mentol	\$7.50	\$15.20	102.7
CIGATAM	Baronet Regular C.S.	\$7.50	\$15.20	102.7
CIGATAM	Baronet Regular F.T.	\$7.50	\$15.20	102.7
CIGATAM	Broadway Lights F.T. 80	\$7.50	\$15.20	102.7
CIGATAM	Broadway Lights C.S. 80	\$7.50	\$15.20	102.7
CIGATAM	Broadway Regular F.T. 80	\$7.50	\$15.20	102.7
CIGATAM	Broadway Regular C.S. 80	\$7.50	\$15.20	102.7
CIGATAM	Delicados Oscuros F.T.	\$7.50	\$15.20	102.7
CIGATAM	Broadway Lighs 14 F.T.	\$5.25	\$10.60	101.9
CIGATAM	Broadway Lighs 14 C.S.	\$5.25	\$10.60	101.9
CIGATAM	Broadway Regular 14 F.T.	\$5.25	\$10.60	101.9
CIGATAM	Broadway Regular 14 C.S.	\$5.25	\$10.60	101.9
CIGATAM	Elegantes mentolados	\$4.00	\$10.00	150.0
CIGATAM	Elegantes Regular	\$4.00	\$10.00	150.0
CIGATAM	Delicados Ovalados	\$4.00	\$10.20	155.0
CIGATAM	Tigres Mentolados F.T.	\$3.00	\$9.00	200.0
CIGATAM	Tigres F.T	\$3.00	\$9.00	200.0
CIGATAM	Tigres	\$3.00	\$9.00	200.0
CIGAMOD	Viceroy Gold C.D. 100	\$13.00	\$19.00	46.2
CIGAMOD	Viceroy Gold 100 L. Mentolados	\$13.00	\$19.00	46.2
CIGAMOD	Viceroy Gold 100 (5 caj.)	\$13.00	\$19.00	46.2
CIGAMOD	Viceroy Gold 100 L y M. (5 caj.)	\$13.00	\$19.00	46.2
CIGAMOD	Viceroy L. Prem.C.S	\$10.00	\$15.00	50.0
CIGAMOD	Viceroy L. Prem.C.d	\$10.00	\$15.00	50.0
CIGAMOD	Viceroy L. Prem. C.S. y C.D.	\$10.00	\$15.00	50.0
CIGAMOD	Salem C.S. y C.D.	\$10.00	\$18.00	80.0
CIGAMOD	Camel C.D. y Lights C.S.	\$11.00	\$18.00	63.6
CIGAMOD	Raleigh F.T.	\$9.50	\$17.00	78.9
CIGAMOD	Montana C.S.	\$8.50	\$15.00	76.5
CIGAMOD	Montana C.D.	\$8.50	\$15.00	76.5
CIGAMOD	Montana Lights C.D. y C.S.	\$8.50	\$15.00	76.5
CIGAMOD	Boots C.D. y C.S.	\$7.50	\$15.00	100.0
CIGAMOD	Boots Lights C.D. y C.S.	\$7.50	\$15.00	100.0
CIGAMOD	Alas Extra	\$4.00	\$10.00	150.0
CIGAMOD	Bohemios	\$3.00	\$9.00	200.0
CIGAMOD	Alitas	\$3.00	\$9.00	200.0

\* Precios corrientes de 1999 Fuente: La Industria Tabacalera en México.Fernando Meneses et.al.

\*\* Precios corrientes de 2005 Fuente: Precios al Consumidor en expendio

C.D.: Cajetilla Dura; C.S. Cajetilla suave; E.L. Extra largo, L.Prem Largos Premiun; L y M Largos y Mentolado, F. T.

<sup>24</sup> Camacho Solís R. Impuestos aplicados a los productos de tabaco. Primer informe sobre combate al tabaquismo. INSP. México 2005

Estudios realizados indican que las estimaciones de elasticidad de demanda de cigarros en función del precio, indican que un 10% de aumento en el precio de cigarros, contribuye a una reducción de 6.2% en la prevalencia de fumadores en México.<sup>25</sup>

México fue el primer estado miembro en el continente americano en ratificar el Convenio Marco para el Control del Tabaco en mayo de 2004, que es el primer tratado multilateral auspiciado por la Organización Mundial de la Salud, cuyo objetivo es proteger a las generaciones presentes y futuras contra las devastadoras consecuencias sanitarias, sociales, ambientales y económicas del consumo de tabaco y de la exposición al humo de tabaco, así también los países integrantes del Convenio, deberán establecer un marco legal para el control del tabaco. Aún cuando en el país ya existía reglamentación al respecto antes de aprobarse el Convenio, es importante señalar que se recomienda profundizar más la legislación y sobre todo velar por su cumplimiento.

Con el propósito de disminuir la exposición de la población a la publicidad del tabaco y desalentar su consumo, el gobierno ha firmado convenios con la industria tabacalera. En junio de 2002, la Secretaría de Salud a través de la CONADIC (Consejo Nacional contra las Adicciones) y la COFEPRIS (Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios) firmó un convenio con CIGAMOD, CIGATAM y PMM (Philip Morris México S.A. de C.V.), que eliminó la difusión de la publicidad en medios radio, televisión y electrónicos (Internet, videos y formatos DVD); se adicionó a partir del 1ero. de junio del 2003 la leyenda precautoria en el 25% de la cara trasera de las cajetillas. Con ANAFARMEX (Asociación Nacional de Farmacias de México) y UPROFARM (Unión de Propietarios de Farmacias de la República Mexicana A.C. se estableció que a partir de junio del 2005 en ninguna de las farmacias del país se expendan productos de tabaco.<sup>26</sup>

A fin de compensar al sistema de salud por los costos de atención médica ocasionados por el tabaquismo, el 31 de mayo de 2004, se anunció un convenio con las tabacaleras en el cual éstas aportarán cuatro mil millones de pesos durante tres años al Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos que se destinarán para el beneficio de niños con cáncer que no pueden cubrir los costos de su atención.

---

<sup>25</sup> Sesma-Vázquez et al. El precio como determinante del consumo de tabaco en México. Primer informe sobre combate al tabaquismo. INSP. México 2005

<sup>26</sup> Instituto Nacional de Salud Pública. Primer informe sobre el tabaquismo en México. México, 2005.

## 6.3. Otras drogas

### 6.3.1. Orígenes

Al igual que el tabaco y el alcohol, el consumo de otras drogas data desde las culturas prehispánicas, estas sustancias de origen vegetal con efectos psicodislépticos fueron usadas en fiestas o ritos religiosos por sacerdotes o gobernantes en las cuales eran utilizadas como una forma de comunicación con los dioses., en tanto que para el resto de la población estaban prohibidas.

Dentro de estas plantas se encuentra el peyote, cuyo uso todavía existe entre los huicholes y tarahumaras. El peyote fue estudiado por Louis Lewin al que debe su nombre (*Anhalonium lewinii*), Lewin obtuvo cuatro alcaloides del cual se atribuyó a la mescalina los efectos psicotrópicos de la planta y se le atribuyó efectos farmacológicos.

También se incluyen dentro de este grupo, los hongos llamados teonanácatl, los que fueron mundialmente conocidos a mediados del siglo pasado, cuando se dieron a conocer los rituales de la sierra mazateca llevados a cabo por María Sabina por Wasson y Allan Richardson.

Sin embargo aún cuando en la época prehispánica se conocían este tipo de drogas y sus efectos, se utilizaban con propósitos meramente rituales, con un sentido espiritual y no se refiere una problemática de adicción por su uso.<sup>27</sup>

Los orígenes de la coca datan de épocas muy remotas, es una planta originaria de la región de los andes en América del sur, se menciona que los indios chibcha de Colombia difundieron su uso al sur del continente donde los aymarás y quechuas le dieron el nombre de coca (comida o alimento de viajeros o trabajadores), posteriormente cuando los incas conquistaron sus tierras, la convirtieron en su planta sagrada para ritos, como medicamento o en regalos especiales.

La marihuana ha tenido varios usos a lo largo de la historia que se remontan varios siglos, que incluyen desde su uso para la elaboración de tejidos, de papel y como medicamento para el alivio de afecciones y dolores. Sin embargo posteriormente se refiere el uso del bangué que es el polvo de las semillas y hojas de la Cannabis indica, en la India para

---

<sup>27</sup> Ibidem. Tapia Conyer , et al.

efectos placenteros, más tarde aparece el uso del hachis (resina de la *Cannabis indica*) entre los sacerdotes musulmanes.

En México, se conocía su uso en cuárteles y pequeños grupos cercanos a la producción de la *Cannabis*. Es con Randolph Hearts el magnate de la prensa que inicia una campaña en contra de la "marijuana" (nombre que los mexicanos le daban al cannabis o cáñamo) consumida por los mexicanos y negros que los convertía en "bestias salvajes", que tanto el nombre como el consumo de la *Cannabis* se da a conocer internacionalmente.<sup>28</sup>

Hasta los años 50s el consumo de la marihuana se relacionaba con minorías sociales y violencia, hasta los 60s empieza su consumo a ser relacionado con las manifestaciones de la juventud y de los mundos artísticos, con las ideologías de izquierda y las posturas constestatorias, al finalizar el siglo, se incrementa y diversifica su uso.

De entre las drogas de mayor consumo actualmente se encuentra la cocaína, cuando Neiman en el año de 1860 logró aislar el alcaloide puro de las hojas de coca le nombro cocaína, ésta se empezó a prescribir para diversos usos entre ellos como anestésico local y como ingrediente en tónicos, de hecho se utilizaba hasta el año de 1902 en la preparación de la Coca-Cola.

Durante las primeras décadas del siglo pasado. el uso de la cocaína se limitó a Europa y a ciertos grupos en Estados Unidos, pero en los años 60s reaparece su uso y se incrementa el mercado de la sustancia debido al creciente control de las anfetaminas.

El opio proviene de la planta de la amapola *Papaver somniferum* y se le conoce desde el siglo III a.C. ya que se empleaban sus semillas con fines medicinales, existen referencias de Hipócrates y de Aristóteles acerca de sus efectos. Posteriormente a través de los navegantes portugueses es llevada a la India y a China donde se popularizo su uso.

Seturner aisló en 1803 el principio activo del opio y le llamo morfina por sus propiedades analgésicas y narcóticas. A partir de 1827 fue producida en grandes cantidades por E. Merck para utilizarse por vía oral y posteriormente por vía parenteral como un potente analgésico. Para el año de 1893, el profesor Dreser descubrió la heroína añadiéndole dos grupos de acetilados a la morfina, con mucho mayor eficacia que la morfina y aparentemente no causaba adicción. Estos opiáceos fueron usados en gran medida durante las guerras, de los

---

<sup>28</sup> Norandi, Mariana. Historia de la mariguana. Vive con drogas.

soldados americanos en la guerra de Vietnam, el 42% los usaron al menos una vez. <sup>29</sup>

### **6.3.2. Las sustancias**

Entre los grupos de sustancias de abuso más frecuente se encuentran: los opiáceos y narcóticos como la heroína, opio, codeína, meperidina, hidromorfona con propiedades sedativas y euforizantes; los estimulantes del sistema nervioso central en los que se incluye la cocaína, anfetaminas, dextroanfetamina, metanfetaminas y metilfenidato; los depresores del sistema nervioso central entre estos los barbitúricos, benzodiazepina, clorhidrato y paraldehído. En el grupo de los alucinógenos están la mescalina o peyote, el tetrahidrocannabinol (canabis) y el LSD. <sup>30</sup>

### **6.3.3. Surgimiento y desarrollo del tráfico ilegal de drogas en México**

Los inicios del tráfico de drogas en México, se remontan a principios del siglo pasado, en el Distrito Norte de Baja California (DNBC), donde se comercializaba opio desde China hasta los Estados Unidos y cuya entrada eran las ciudades fronterizas principalmente Tijuana. En los años 1914 a 1920 el jefe político del DNBC era el coronel Esteban Cantú contrario político a Venustiano Carranza, quien controlaba el tráfico de opio, concesionaba el comercio, ordenaba la prohibición del opio, cobraba altas multas y a la vez confiscaba la mercancía y la revendía, no permitiendo entrar a otros grupos en el negocio, ya que sin su protección política no era posible su importación y venta. "El campo del tráfico de drogas en México no nació ni se desarrolló de manera autónoma y en autarquía" <sup>31</sup>

Esta situación siempre ha sido una característica básica del narcotráfico en México y en el mundo, ya que no hubiese sido posible el desarrollo de su producción, distribución y comercio sin el amparo de autoridades corruptas que han visto el tráfico de drogas, como un negocio lo suficientemente rentable para no participar en él. Así durante la década de los veinte, en los estados fronterizos de Sonora, Sinaloa, Chihuahua y Durango bajo el esquema de Cantú, varios gobernadores norteros continuaron realizando estas prácticas ya sea directamente o a través de sus jefes policíacos. <sup>32</sup>

---

<sup>29</sup> Ibidem. Tapia et al.

<sup>30</sup> Medline plus. <http://www.nlm.nih.gov>

<sup>31</sup> Astorga, Luis. Drogas sin fronteras. Edit. Grijalva.. México. 2003

<sup>32</sup> Astorga, Luis. México, Colombia y las drogas ilegales: variaciones sobre un mismo tema. Red de cátedras. UNESCO, 2003

Como se reseñó al inicio del capítulo, el uso de sustancias psicoactivas ha sido una constante en el desarrollo del hombre, pero no se puede hablar de uso ilícito si no existe una prohibición de este uso. Las prohibiciones legales se remontan desde los años veinte, en que se aprobaron leyes federales que prohibían el cultivo y la comercialización de la marihuana y la adormidera, antes, en 1912 México se adhiere a la Convención de la Haya que prohíbe la importación de opio preparado.

Las prohibiciones legales en Estados Unidos surgen desde la promulgación en 1906 de la Ley de Drogas y Alimentos Puros, la Ley Harrison en 1914, que prohibió el uso de cocaína y heroína sin receta médica y la Ley Marihuana Tax Act, en 1937 que prohíbe el consumo de marihuana.<sup>33</sup> 65) Estas serie de reformas legales contra el uso de las drogas desencadenaron en acuerdos internacionales conformando un esquema prohibicionista.

En este esquema de prohibiciones, el cultivo tanto de la adormidera y de marihuana, fueron desplazados a sitios más inaccesibles, pero siempre en los estados fronterizos del norte, consiguiendo una salida rápida hacia el mercado estadounidense. En los años cincuenta, Sinaloa ya era considerada como el principal productor en el país de adormidera concentrando el mayor número de cultivos ilícitos y era el centro de distribución y comercialización del opio.<sup>34</sup>

El tráfico ilegal de drogas en el país, ha respondido a los niveles de consumo de Estados Unidos de estas sustancias, así durante la segunda guerra mundial, se permitió un aumento en los cultivos de amapola para satisfacer los requerimientos de morfina. En la década de los 60s y 70s, al crecer significativamente el consumo de marihuana y heroína en Estados Unidos, México se sitúa como el principal abastecedor de este mercado.<sup>35</sup>

Las voluminosas ganancias de tráfico ilícito de drogas generó una increíble acumulación de capital, en el que se consolida una red de distribución y comercio al margen de la ley, siguiendo los regimenes comerciales y utilizando los asesinatos como forma de competir, de esta forma a raíz de la detención del narcotraficante Miguel Ángel Félix Gallardo en 1989, se divide la organización en varios grupos: los hermanos Arellano Félix en el llamado Cártel de Tijuana, que domina las ciudades de Tijuana, Mexicali, Tecate, Ensenada y El Valle; el cártel de Juárez de Amado Carrillo que murió en 1997 y lo liderea su hermano

---

<sup>33</sup> Álvarez G. Hacia el desmantelamiento de la lógica prohibicionista. Ponencia presentada en las jornadas internacionales sobre Tráfico y Consumo de Drogas. ENEP-Acatlán-UNAM, México.1990

<sup>34</sup> Jorge A. Hernández Velásquez, El problema del narcotráfico en la relación bilateral y la búsqueda de la eliminación de su conflictividad en los noventa. <http://www.paginasclick.com.mx>

<sup>35</sup> Chavat, Jorge. La guerra imposible. Letras Libres, México, marzo 2000

Vicente Carrillo en 21 estados; el cártel de Sinaloa con el Chapo Guzmán al frente tiene actividades en 17 estados y principalmente en las ciudades de Tepic, Distrito Federal, Cuautitlán y Toluca; en Tamaulipas, Juan García Ábrego fue el grupo más poderosos en los finales de los 80s y principios de los 90s, actualmente Ezequiel Cárdenas esta al frente del cártel del Golfo después de la aprehensión de su hermano Osiel en el 2003 y sus centros se encuentran en Nuevo Laredo, Matamoros, Reynosa y Morelia; el cártel de Colima lo comandan los hermanos Amezcua Contreras conocidos como los reyes del éxtasis actúan en las ciudades de Colima, Tijuana, Guadalajara y Apatzingán y el llamado cártel del Milenio de los hermanos Valencia con influencia en los estados de Nuevo León, Tamaulipas, Jalisco, Colima, Michoacán y Distrito Federal y su centro de operación en la ciudad de Guadalajara.<sup>36</sup>

Las demandas y presiones estadounidenses por incidir en los países productores, han derivado desde la expedición de leyes en contra de las drogas hasta acciones directas para el combate de las mismas. En 1969, se da la Operación Intercepción bajo el gobierno del presidente Díaz Ordaz, en la cual se tomaron medidas para la revisión exhaustiva de los vehículos procedentes del territorio mexicano hacia los Estados Unidos, posteriormente en 1977 se da la mayor campaña antidrogas que se ha realizado en México, la Operación Cóndor con 10 mil soldados para la destrucción de cultivos, esta operación redujo el volumen de marihuana y heroína de origen mexicano hacia los Estados Unidos, pero fue sustituido por exportaciones de otros países como Colombia.<sup>37</sup>

En 1985 a raíz de la muerte del agente Enrique Camarena da inició la Segunda Operación intercepción que de inició contenía las mismas medidas que la primera, pero posteriormente se dio un cierre parcial de la frontera para detener el flujo de drogas.<sup>38</sup>

Ante el repunte de la violencia por el control del narcotráfico en el país, durante los últimos años, en junio de 2005, el gobierno mexicano dio inicio al Operativo México Seguro a fin de combatir el crimen organizado y garantizar la seguridad de la población, en los estados de Sinaloa, Tamaulipas, Baja California, Michoacán, Guerrero y Quintana Roo, durante el cual fueron aprendidos casi 5,000 delincuentes, decomisado armas e incautado drogas.<sup>39</sup>

Según el informe elaborado por la Oficina Nacional para el Control de Drogas de Estados Unidos, denominado Nacional Drug Control Strategy,

---

<sup>36</sup> Michoacán la nueva tierra del narco. La Revista No. 98. México, enero 2006

<sup>37</sup> Op citada. Hernández-Velázquez.

<sup>38</sup> Op. citada. Chavat, Jorge.

<sup>39</sup> Op. citada. Astorga, Luis. Drogas sin fronteras.

los cárteles mexicanos obtienen una ganancia de 13 mil 800 millones de dólares anuales por la venta de droga en Estados Unidos, de los cuales 8 mil 500 millones corresponden al tráfico de mariguana y considera que México además de ser la ruta primaria del tránsito de la cocaína, produce la mayor parte de la heroína y de la mariguana del hemisferio occidental.<sup>40</sup>

---

<sup>40</sup> Castillo-García, G. Carteles mexicanos. La Jornada, México. febrero 2006.

## **Capítulo 7. Costos y beneficios de la inversión en salud**

### **7.1 Salud y desarrollo económico**

Actualmente no se concibe el desarrollo económico, sin el desarrollo del capital humano, el mejor aprovechamiento de la tecnología va ligado a fuerza laboral educada y saludable. El capital humano tiene tres elementos: educación, atención de salud y nutrición, los cuales tienen un efecto sinérgico sobre sí mismos. El capital humano contribuye directamente al crecimiento aumentando la productividad o impulsando la inversión en capital físico, contribuyendo a la adopción de nuevas tecnologías y facilitando su adopción y así se incrementan las tasas de crecimiento. Gran parte de esta contribución se puede relacionar con la repercusión que el estado nutricional y de salud tiene con la capacidad de aprender. Los países con más altas tasas de crecimiento son aquellos en que los niveles de educación son más altos y con mayor esperanza de vida. La salud tiene repercusiones sobre los ingresos y la riqueza doméstica, La productividad en el trabajo, las tasas de ahorro e inversión. Las poblaciones más sanas tienden a tener una productividad mayor de trabajo, porque los trabajadores son energéticos físicamente, más robustos mentalmente y pierden menos días laborables por enfermedad.<sup>1</sup>

Si se concibe a la salud como una de las condiciones y no solo como uno de los fines del crecimiento económico, se tiene una dimensión más justa del papel de la salud, ya que al ser un componente esencial del capital humano, es un determinante de la productividad.

De la cantidad y distribución de la riqueza de un país, depende la salud, ya que la población podrá acceder a los satisfactores básicos que definen la calidad de vida. Así el desarrollo económico resulta del producto del esfuerzo colectivo de los individuos cuyo estado de salud determina la magnitud y eficiencia de su esfuerzo, aún cuando la influencia que se ejercen mutuamente ni la importancia de la salud en el desarrollo económico no haya sido siempre reconocida.

De hecho a medida que se le ha empezado a dar importancia a los insumos materiales y al capital humano en su participación en el desarrollo económico, el gasto en salud, ya no se vio como tal sino como una inversión, profundizando estas nuevas concepciones al concebir el bienestar humano como una finalidad del desarrollo económico y no como un medio.<sup>2</sup>

---

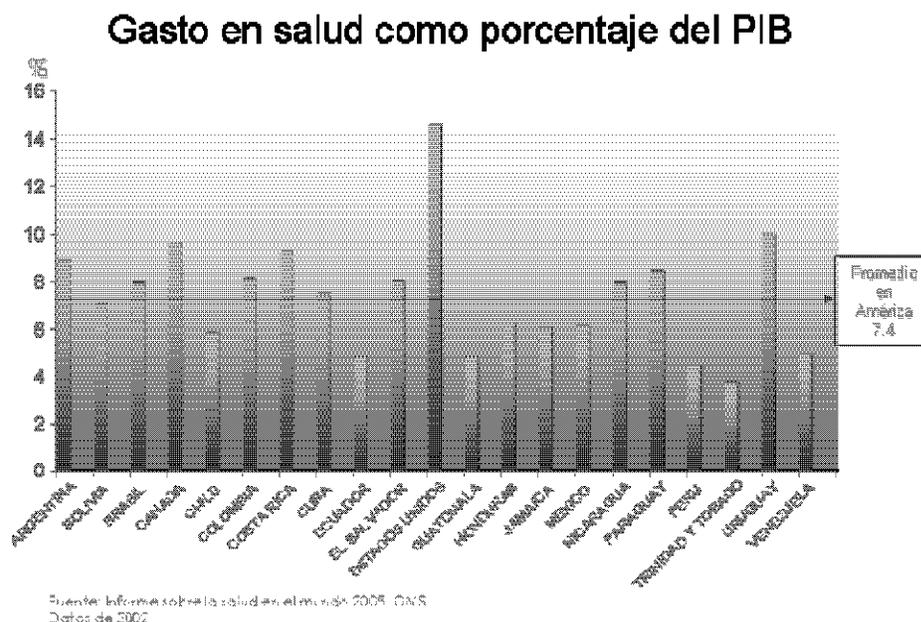
<sup>1</sup> Inversión en salud y crecimiento económico: Una perspectiva de América Latina y el Caribe XXXV Reunión del Comité Asesor de Investigaciones en Salud. OPS La Habana, Cuba, julio 2000

<sup>2</sup> Arreola H., Nigenda G. La economía de la salud como una herramienta para la toma de decisiones en el sector salud. Economía y Salud. Foro Silanes. Año 6 , Número 14, México. 2002

En investigaciones se ha demostrado que la salud juega un papel más robusto que la educación, en México existe una fuerte causalidad bidireccional de la salud hacia el crecimiento del ingreso con un plazo de entre 15 y 20 años. Se ha encontrado correlación entre las tasas per cápita reducidas y altas tasas de endemidad de enfermedades infecciosas.

La inversión en salud es económicamente productiva y potencialmente equiparante de los ingresos, aún en períodos de crisis permite generar la infraestructura humana para superarlos.

La inversión en salud se ilustra a través de su participación dentro del PIB, según los datos la Organización Mundial de la Salud países con mayor nivel económico, destinan un mayor porcentaje en salud como Estados Unidos 14.6%, Suiza 11.2%, Alemania 10.9%, en México aún cuando se ha incrementado en los últimos años se tiene 6.3% cifra inferior incluso a algunos países de América Latina como Costa Rica 9.3%, Argentina 8.9%, Paraguay 8.4%, Colombia 8.1%, Nicaragua 7.9% y Brasil con 7.9% e inferior al promedio de los países de América,<sup>3</sup>



<sup>3</sup> Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2004.

Se incluye tanto las aportaciones federales, estatales, el gasto en salud de los hogares y de las organizaciones sin fines de lucro, sin embargo resulta un porcentaje respecto al PIB inferior al promedio de América Latina incluso más baja que algunos países como Costa Rica y Colombia e insuficiente para atender las necesidades de salud de la población.

Si bien es cierto que la percepción general de invertir en salud es positiva, ante una limitada disponibilidad de recursos ocurre una determinada cantidad que como se observa ha sido menor a la necesaria, esto implica desatender rubros básicos en salud y limitar la eficacia y eficiencia productiva del recurso humano. En México la inversión en salud no solo no ha sido suficiente para cubrir las necesidades, sino que el escaso recurso ha sido utilizado de manera inequitativa.

La inversión en salud depende en su mayoría de la política de gasto público imperante a lo largo de los períodos administrativos, en donde ha sido objeto de diversos procesos de reforma y ajustes.

Resultado de esto lo vemos en la comparación con indicadores internacionales, que indican la posición del país al respecto. El indicador que mencionamos anteriormente del gasto en salud como porcentaje del PIB, México ocupa el lugar número 55, con lo cual se requiere aumentar al menos dos puntos porcentuales más para garantizar la plena cobertura de servicios. En cuanto a su eficacia del Sistema de Salud también esta ubicado en el lugar 55 medico en EVISA o sea la esperanza de vida saludable, situación que no concuerda con ser la undécima economía mundial.<sup>4</sup>

## **7.2 La política de gasto público**

A principios de la década de los setentas, el modelo de sustitución de importaciones empezó a mostrar signos de agotamiento reflejados en la disminución de tasas de crecimiento y en la generación de empleos, motivo por el cual se reforzó la participación directa de Estado en la economía, dicha estrategia apoyada en niveles crecientes de gasto público, profundizó los desequilibrios fiscales, por lo que hubo que recurrir al financiamiento inflacionario y al endeudamiento interno, de tal forma que el debilitamiento de la finanzas públicas pasó a una mayor vulnerabilidad en el contexto de la economía nacional.

---

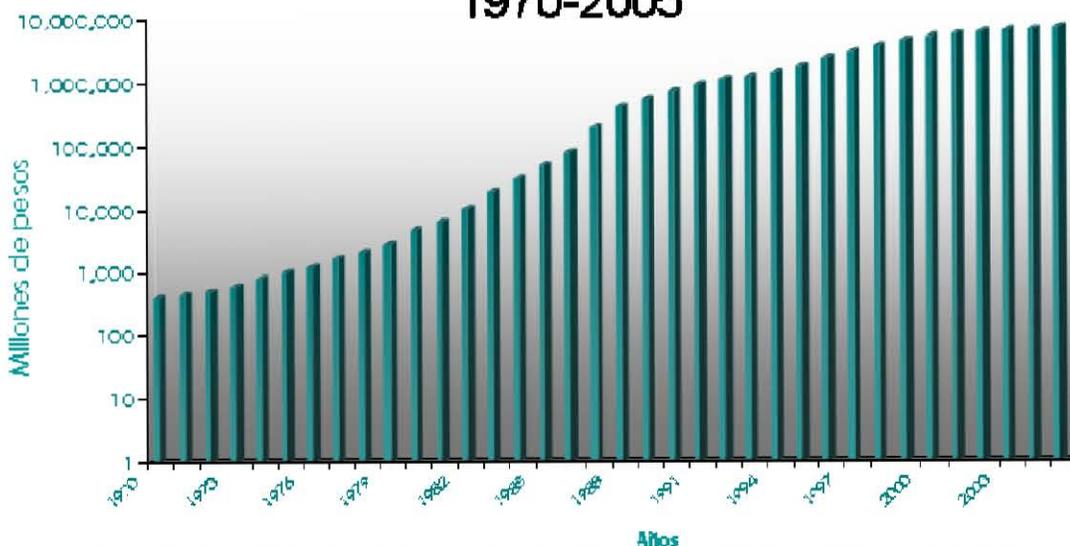
<sup>4</sup> Cruz C. Perspectivas de la economía en salud. Economía y Salud. Foro Silanes. Año 6, Número 14, México. 2002.

Para superar la serie de obstáculos internos y externos se requería una estrategia que paralelamente asegurara la estabilización económica y promoviera el cambio estructural. Los aspectos macroeconómicos se centraron en revertir los desequilibrios fiscales a fin de reducir el saldo de la deuda y limitar la presión de las finanzas públicas sobre la demanda agregada, todo ello apoyado en el abatimiento de los índices inflacionarios.

La inflación en 1988 alcanzó un incremento anual de 51.7%, hacia 1992 el índice registrado fue de 11.9% lo que representó el más bajo registrado en dos décadas, paralelamente el abatimiento de los precios fortaleció gradualmente el poder adquisitivo de los salarios y el nivel de empleo.

Durante los finales de los ochenta, la tasa de crecimiento económico fue superior a la de población, sin embargo el débil crecimiento de los países industrializados desaceleró el dinamismo de las exportaciones.

## Producto Interno Bruto 1970-2005



Fuente: Banco de México Estadísticas Históricas de México 2002 Anexo Estadístico del V Informe de Gobierno 2005

Hacia 1990, el gasto público presupuestal se redujo como porcentaje del PIB a 15.8%, básicamente por la disminución del pago de intereses de la deuda en lo cual influyó tanto la racionalidad en el gasto como las menores erogaciones provocadas por la paulatina desincorporación de entidades del sector público; en consecuencia, se avanzó en el cambio,

en la composición y estructura del gasto público, a favor de los recursos destinados al desarrollo social.

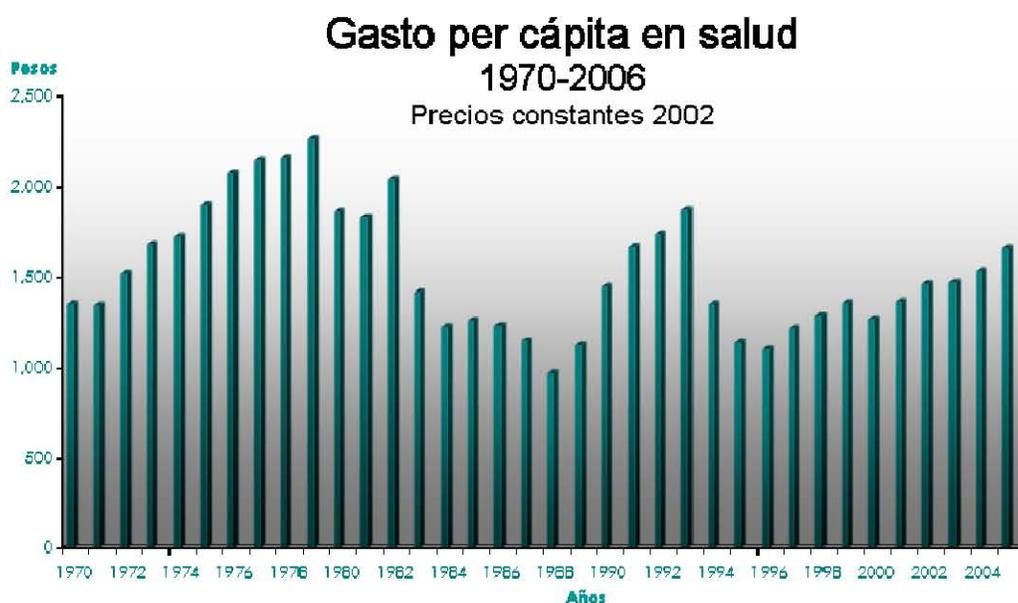
La política de gasto público también fue objeto de un amplio proceso de reforma para reorientar sus objetivos. Durante los últimos años se canalizaron recursos crecientes para el desarrollo social, sin menoscabo de los propósitos de estabilización y saneamiento financiero del sector público, pues uno de los objetivos generales de política durante estos años fue restablecer las condiciones que permitieran mejorar el nivel de vida de la población, especialmente de aquellos con menos recursos.

Derivado de la crisis económica financiera de 1995 que provocó cambios drásticos en las finanzas públicas y un alargado período de austeridad y tratando de mantener el nivel entre la disponibilidad de recursos y el gasto público éste último vuelve a disminuir al mismo nivel que en 1990.

Para el año 2000, el gasto público registró 14.9% del PIB el nivel más bajo registrado desde 1970, resultado de la aplicación de las políticas reducir el déficit económico del sector público para un crecimiento con estabilidad. En los años de 2001 a 2005 la proporción del gasto público ha ido incrementado hasta alcanzar 19.1%.



En este contexto, el gasto en salud registro un promedio de 3.1% como proporción del PIB, en algunas décadas prácticamente los porcentajes no registran variaciones importantes permaneciendo casi constante alrededor de 2.3%, sin embargo en los últimos cinco años el incremento ha sido constante alcanzando en 2005 2.9% cifra no vista en casi 25 años, esto es no una asignación fortuita, sino el resultado de las modificaciones a la Ley General de Salud, por las cuales se reestructura el sistema financiero a través de Sistema de Protección Social en Salud que implica la aportación federal y estatal básicamente por cada familia integrada al Sistema.

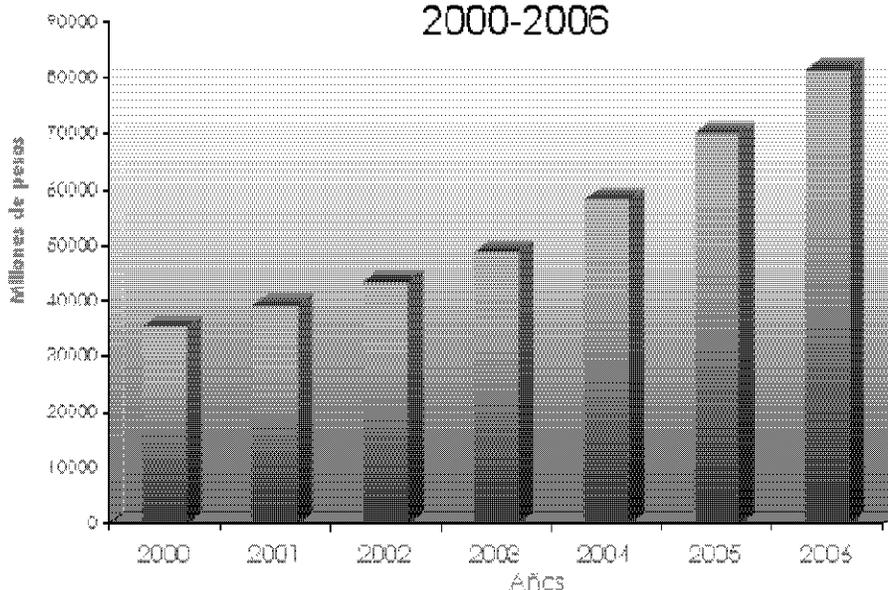


Fuente: Cuenta de la Hacienda Pública SHCP, Presupuesto de Egresos de la Federación SHCP, Estadísticas económicas INEGI



De esta manera se explica este incremento, principalmente en la Secretaría de Salud cuyo presupuesto autorizado subió en 129.7% en el término de cinco años.

## Presupuesto de la Secretaría de Salud 2000-2006



Fuente: SHCP Cuenta de la Hacienda Pública y Presupuesto de Egresos de la Federación

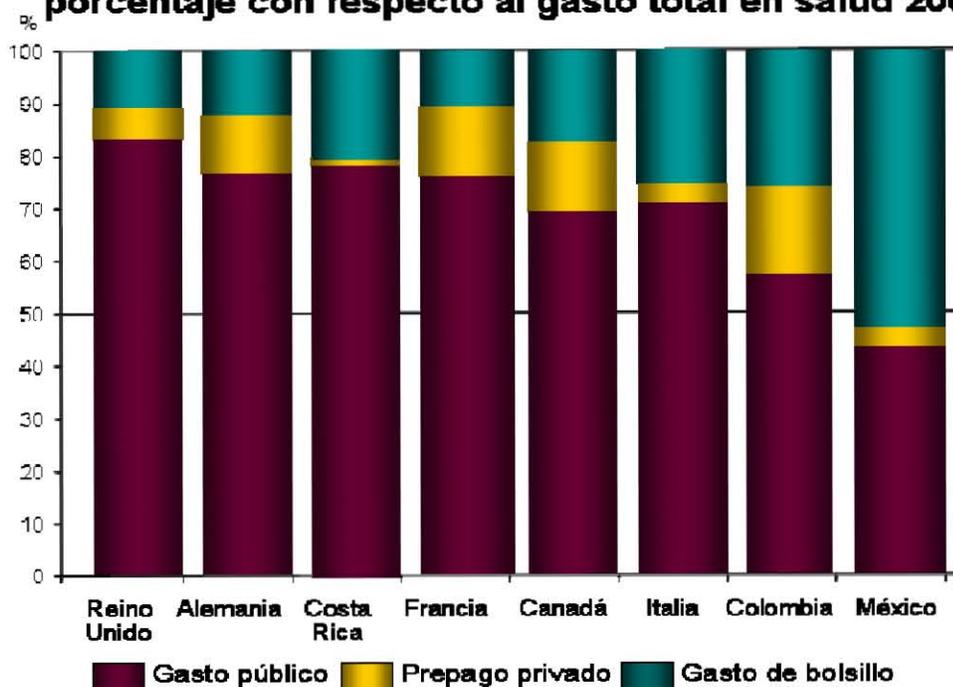
Debemos tomar en cuenta que además de los recursos públicos que analizamos detalladamente en cuanto a su tendencia y distribución, el financiamiento en salud también se compone de las contribuciones a la seguridad social y del gasto privado, éste último se compone del prepago privado y gasto de bolsillo. El prepago es el financiamiento para los esquemas privados de aseguramiento y el gasto de bolsillo comprende el pago que se realiza directamente los hogares al prestador de los servicios en el momento de demandarlos.<sup>5</sup>

En México, el gasto de bolsillo representa un alto porcentaje 52% respecto al total del gasto en salud y comparativamente con otros países también es muy alto. Ello resulta de un alta significancia por sus implicaciones en la equidad del financiamiento, ya que las familias tienen que hacer desembolsos repentinos que no pueden anticipar y que muchos de ellos se convierten en gastos catastróficos.<sup>6</sup>

<sup>5</sup> Secretaría de Salud. Sistema de Protección Social. Elementos conceptuales, financieros y operativos. México. 2005

<sup>6</sup> Conforme al Informe sobre la salud de la OMS, el gasto catastrófico se refiere a las erogaciones realizadas en caso de que una familia destine 30% o más de su ingreso disponible o capacidad de pago al financiamiento de la atención de sus salud. El ingreso disponible es aquel con que se cuenta una vez descontados los recursos asociados al gasto en alimentos y vivienda.

### Gasto público y privado en salud: porcentaje con respecto al gasto total en salud 2002



Fuente: Secretaría de Salud e Informes sobre la salud en el mundo OMS.

### 7.3 Costos y beneficios

Los costos sociales relacionados con el uso y abuso de drogas pueden ser múltiples y abarcan varias categorías que incluyen desde los costos por la baja en la productividad ocasionada por los años de vida perdidos por las muertes prematuras, por los años de encarcelamiento y los días de productividad perdidos por tanto por los que consumen las drogas como por las víctimas de los crímenes del abuso de drogas.

Se cuentan también los bienes y servicios públicos utilizados en los ilícitos por el abuso de drogas, que van desde las erogaciones del sistema judicial de las investigaciones, arrestos y encarcelamientos para combatir la venta ilegal de estos productos. La lucha contra el crimen organizado cada día conlleva un volumen creciente de recursos tanto federales como estatales.

Los gastos en el sistema legal, tanto los públicos ocasionados por los juicios y procesos legales para condenar los ilícitos y las propiedades dañadas y los gastos privados de las defensas legales.

Por cuanto a los daños a la salud, estos costos podrían incluir desde el tratamiento de la adicción misma, los daños y enfermedades provocados

por su adicción, por sus complicaciones y por los resultantes de la violencia derivada de las adicciones.

Durante esta investigación no se encontraron datos integrales disponibles sobre los costos económicos totales de las adicciones, sin embargo, en el caso del tabaquismo existen referencia sobre los costos directos de la atención médica en los cuales se incluyen el valor del consumo de los recursos empleados, tanto humanos como materiales que intervienen en el tratamiento y el manejo ambulatorio y hospitalario de los casos de la enfermedad.<sup>7</sup>

Aún cuando existe una gran heterogeneidad en cuanto a los costos de las unidades hospitalarias, tenemos por ejemplo el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, el cual es un centro de atención pública de especialidad, el costo promedio de atención médica de los pacientes hospitalizados en la Clínica de EPOC<sup>8</sup> por una exacerbación de la enfermedad en la cual el paciente se hospitaliza por 15 días fue de \$9,957.80 pesos (equivaldría a 280 salarios mínimos). Si se analizan costos en centros hospitalarios de atención privada los costos se elevan tal es el caso del Hospital Santa Fe donde la atención por esta misma enfermedad es de \$30,000.00 y en el Hospital Ángeles el paciente llega a pagar hasta \$242,000.00 pesos.<sup>9</sup>

Se mencionó anteriormente que más de un millón de personas son fumadores dependientes que requieren de atención especializada. Si bien es cierto que no todos estos fumadores van a tener un problema de EPOC, si podemos decir que se tendría un millón de enfermos potenciales que podrían necesitar de una hospitalización, en este caso los costos que se demandarían por la atención requerida estaría entre 9.9 y 242 miles de millones de pesos. Este ejercicio nos permite tener una idea de los recursos necesarios para la atención de la problemática de las adicciones.

A continuación se resumen los datos sobre el gasto público, los cuales se refieren únicamente al presupuesto ejercido en la Secretaría de Salud en las funciones de prevención del uso y abuso del alcohol y atención de las personas adictas.

---

<sup>7</sup> Grupo Interinstitucional sobre Estudios en Tabaco. Información relevante para el control del tabaquismo en México. México. 2006

<sup>8</sup> EPOC Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica padecimiento asociado al tabaquismo.

<sup>9</sup> Villalba-Caloca, Jaime et al. Costos de atención médica. CONADIC informa. Mexico, mayo 2001

Gasto en salud por funciones de los servicios estatales de salud  
(miles de pesos)

Concepto	Monto
Prevención del uso y abuso del alcohol	84,268.4
Atención de personas adictas	30,490.1
Total	114,758.5

Fuente: Boletín de información estadística No. 24, 2004, Vol. IV, Recursos financieros, SSA.

Los servicios que se otorgaron relacionados con la atención de las adicciones durante el año 2004 fueron los siguientes:

Concepto	Cantidad
Sesiones individuales a adictos a fármaco, alcohol y tabaco	13,496
Detecciones de adicciones:	
alcoholismo	486,089
tabaquismo	489,013
fármacos	278,092
Atenciones en clínicas de desintoxicación	
alcoholismo	9,205
fármacos	1,502
otros fármacos	1,259
Atenciones por adicciones en unidades psiquiátricas	
alcoholismo	6,996
tabaquismo	4,943
fármacos	9,081
otros	6,343

Fuente: Anuario Estadístico 2004. Secretaría de Salud

En los Centros de Integración Juvenil, el presupuesto ejercido para 2004 fue el siguiente:

### Presupuesto ejercido en los Centros de Integración Juvenil por entidad federativa 2004

Entidad	Miles de pesos*
Aguascalientes	2,646.3
Baja California	18,312.0
Baja California Sur	3,047.8
Coahuila	7,781.9
Colima	3,237.9
Chiapas	3,003.2
Chihuahua	8,290.4
Distrito Federal	157,588.0
Durango	42,126.1
Guanajuato	7,006.5
Guerrero	4,503.0
Hidalgo	3,616.4
Jalisco	27,142.1
México	20,746.2
Michoacán	936.3
Morelos	2,701.2
Nayarit	458.8
Nuevo León	14,913.1
Oaxaca	353.5
Puebla	5,134.7
Quéretaro	2,458.0
Quintana Roo	3,665.6
San Luis Potosí	2,569.1
Sinaloa	13,628.2
Sonora	2,380.3
Tabasco	353.7
Tamaulipas	5,047.8
Veracruz	5,199.3
Yucatán	3,750.9
Zacatecas	2,197.8
<b>Total</b>	<b>334,796.5</b>

\*Ramo 12

Fuente: Boletín de información estadística No. 24 2004 Vol. IV Recursos financieros SSA

Con este presupuesto se realizan diversas actividades de prevención y tratamiento, que incluyen los proyectos de información, orientación y capacitación, eventos comunitarios. En atención curativa se atienden 29 mil usuarios de drogas a través de diversas terapias.

Existen otros recursos públicos relacionados con la atención de las adicciones, sin embargo es difícil de identificarlos presupuestalmente en las instituciones de seguridad social y las que probablemente serían cantidades inferiores a las presentadas. Sin embargo se identificaron actividades en el IMSS sobre la incorporación a grupos de ayuda de adicciones en el 2003, que muestran lo siguiente:

Grupo de ayuda	Incorporados	Altas
Adolescentes		
adicciones	24,167	7,803
Mujeres		
alcoholismo	22,207	8,799
tabaquismo	8,621	2,651
Hombres		
alcoholismo	30,138	9,988
tabaquismo	9,030	2,651

Fuente: Boletín de Evaluación 2003. Vol. II No. 3 IMSS

En el ISSSTE se identificó para 2004, 374 consultas en la clínica del tabaco. Como se puede apreciar en las instituciones de seguridad social las actividades son básicamente tratamientos y acciones preventivas en tabaquismo y alcoholismo.

Los montos de los recursos asignados a la atención de las adicciones como se pueden observar son mínimos en relación con la magnitud del problema, atendiendo a los datos presentados en las encuestas.

Los datos del estudio realizado por la Oficina Nacional para el Control de Drogas en Estados Unidos denominado The Economic Costs of Drug Abuse in the United States 1992-1998 y publicado en el año 2001, calculan que los costos estimados para el año 2000 en gastos de salud ascenderían a 14.9 billones de dólares de los cuales los directamente relacionados con las consecuencias médicas serían de 7 billones de dólares.<sup>10</sup>

Si bien es cierto que la prevalencia de consumo en Estados Unidos son más elevadas que en México (de entre 13% a 16% de lo representa los consumidores de drogas en Estados Unidos) estas cifras nos permiten ver de qué magnitud podrían ser los recursos para la atención de las adicciones en salud.

<sup>10</sup> The economic cost of drug abuse in the United Status 1992-1998, Executive Office of the President Office of National Drug Control Policy, Washington., D.C. september 2001.

## **Conclusiones 2ª. parte**

El sistema de salud en México, se compone principalmente de tres subsistemas: la seguridad social, los servicios públicos y los servicios privados, estos subsistemas han tenido un desarrollo fragmentado desde su inicio. La seguridad social se formalizó como institución en 1943 para la atención de la población asalariada que tenía derechos sociales reconocidos y más tarde se crea la Secretaría de Salubridad y Asistencia (hoy Secretaría de Salud) con un concepto asistencial, para aquella población de escasos recursos, de esta manera desde sus inicios el sistema nace dividido entre los que tienen derechos o sea los derechohabientes y los que no a los que se les denomina población abierta.

Aún con la serie de reformas emprendidas durante la década de los 90s incluida la descentralización para ampliar el acceso de la población no asegurada a los servicios de salud, México no cuenta con el acceso universal como lo establece el artículo cuarto constitucional.

Actualmente a través de la reforma a la Ley General de Salud en materia de protección social en salud, se espera que bajo un nuevo esquema de seguro público de salud se brinde protección a la población que carece de seguridad social.

Las adicciones son un problema de salud pública, representan un número creciente en la población. Las adicciones generan daños en la salud y pueden estar asociadas con las principales causas de mortalidad en México, como la cirrosis, el cáncer, el sida entre otras.

Esto, además de significar la pérdida de AVISA (Años de Vida Saludable) también implican erogaciones públicas y privadas en salud, además de la pérdida de productividad y otros costos sociales.

El consumo de alcohol, tabaco y drogas se ha incrementado a pesar de los incrementos en los precios y controles en el caso de las drogas legales y a pesar de la prohibición en el caso de las drogas ilegales. Según los datos de la Encuesta Nacional de Adicciones de 2002, existen 16 millones de fumadores, 3 millones de personas dependientes del alcohol y 500 mil usuarios de alguna droga ilícita.

Las empresas alcoholeras y tabacaleras tienen una amplia tradición en México, datan desde la época de la Colonia y se han desarrollado hasta llegar al patrón de concentración de empresas y capitales, existiendo actualmente grandes consorcios muy competitivos y bastante rentables,

han incrementado su inversión e incluyen buenos planes de mercadotecnia y de publicidad para aumentar sus volúmenes de ventas.

La venta y distribución de drogas ilegales en México esta más organizada, el auge del narcotráfico se ha extendido cada vez a más estados, las ganancias son enormes y hasta el momento no parece existir ninguna estrategia eficaz para su combate.

La proporción del gasto en salud en proporción al PIB es baja así como el nivel de gasto público en salud que comparativamente con los estándares internacionales es bajo también.

Si bien no se pudieron identificar en forma integral los recursos destinados a la atención de las adicciones en materia de salud, los reportados nos indican que son significativamente mínimos en relación al problema identificado con la magnitud de las adicciones.

Son múltiples y cuantiosos los costos que se originan por la atención de las adicciones, actualmente los recursos que las instituciones públicas destinan a estas atenciones, son significativamente inferiores a la magnitud del problema ya analizado.

## **Conclusiones finales y recomendaciones**

Existe una vinculación profunda entre la economía y la salud, en tanto que el nivel de desarrollo tiene un efecto determinante sobre las condiciones de salud, la inversión productiva en servicios de salud equitativos, eficientes y de calidad tiene un efecto positivo en la economía, ya que incrementa el capital humano, hace más eficientes las inversiones en educación y mejora la productividad y competitividad también es cierto que una inversión improductiva en salud, tiene un efecto negativo en la economía, agrava la inflación reduce la productividad y competitividad, genera desigualdad y distrae recursos para el bienestar.

El desarrollo económico y el bienestar social dependen de una buena salud de la población, no se puede hablar de un progreso integral sin la existencia de un buen sistema de salud que atienda las necesidades de la población. Por lo que la salud se debe ver como un objetivo social, más que como un sector de la administración.

El tema de la atención de las adicciones es un problema importante y un asunto público emergente, que merece una atención inmediata, es por ello importante la definición de una política pública activa y eficiente, diseñada dentro de un modelo económico, que aborde este problema en forma inmediata y pueda generar medidas preventivas de mayor impacto.

Aún cuando existen datos y estudios sobre adicciones en México, estos no son aún suficientes para dimensionar y especificar el problema, por lo que es recomendable la identificación más profunda y la evaluación periódica del incremento del problema de las adicciones en México.

El problema de las adicciones es un problema creciente en México, los costos para su atención se irán incrementando en la medida que crece el volumen y la complejidad de las adicciones, esto representa un enorme gasto tanto económico como social que tienen que afrontar los hogares y el Estado.

El gasto en salud si bien en los últimos años se ha incrementado, todavía resulta insuficiente para la magnitud de los problemas de salud, en especial las adicciones. Se requiere de un incremento importante en la cantidad de recursos que se destinan al financiamiento de los servicios de salud, se señala que el aumento de dos puntos en la proporción del gasto en salud con el PIB, sería el mínimo necesario para cubrir las insuficiencias. Es necesario asegurar recursos que se aprovechen con el máximo beneficio posible en salud.

Los beneficios que se obtienen al invertir en salud, son mayores que sus costos de oportunidad. El incremento del gasto en salud, en un futuro traerá un costo de oportunidad alto que representará un incremento del ingreso nacional.

## Bibliografía

1. Álvarez, G. Ana Josefina. Hacia el desmantelamiento de la lógica prohibicionista. Ponencia presentada en las jornadas internacionales sobre Tráfico y Consumo de Drogas. ENEP-Acatlán-UNAM 1990
2. Archivo General de la Nación. Guía General. Aguardiente de caña
3. Arreola H., Nigenda G. La economía de la salud como una herramienta para la toma de decisiones en el sector salud. Economía y Salud. Foro Silanes. Año 6, Número 14, 2002.
4. Astorga, Luis. Drogas sin fronteras. Los expedientes de una guerra permanente. Edit. Grijalva. México 2003
5. Astorga, Luis. México, Colombia y las drogas ilegales: variaciones sobre un mismo tema. Red de cátedras UNESCO México, 2003
6. Ayala Espino, José. Mercado, Elección Pública e Instituciones. Una revisión de las teorías modernas del estado. Miguel Ángel Porrúa, México 2004. Pág.47.
7. Ayala Espino, José. Un nuevo arreglo institucional para el desarrollo económico, en Política económica para el desarrollo sostenido con equidad, José Luís Calva, coordinador. UNAM, Casa Juan Pablo, México 2002. Pág. 317.
8. Becoña, E. Alcoholismo. En M.A. Vallejo (Ed.), Manual de terapia de conducta (vol. II, pp. 75-141). Dykinson, Madrid: 1998
9. Camacho Solis R. Impuestos aplicados a los productos de tabaco. Primer informe sobre combate al tabaquismo. INSP. México 2005
10. Cordera Campos, Rolando, Globalización sin equidad en el cambio democrático mexicano, Economía Informa, No. 313, enero de 2002. Facultad de Economía, UNAM. Pág.5.
11. Cruz C. Perspectivas de la economía en salud. Economía y Salud. Foro Silanes. Año 6, Número 14, México. 2002.
12. Echeburúa, E. ¿Adicciones sin drogas? Bilbao: Desclée de Brouwer. 1999
13. Frenk, J. et al., Economía y Salud. Informe final, Fundación Mexicana para la Salud, 1994.
14. González Tiburcio, Enrique. Desigualdad y Pobreza: desafíos del siglo XXI, Economía informa, No.311, octubre de 2002, Facultad de Economía, UNAM. Pág.5.
15. Gossop, M. Recaída, comportamiento y adicciones, Londres 1989
16. Grupo Interinstitucional sobre Estudios en Tabaco. Información relevante para el control del tabaquismo en México. México. 2006
17. INEGI Encuesta Industrial Anual 2004

18. Inversión en salud y crecimiento económico: Una perspectiva de América Latina y el Caribe XXXV Reunión del Comité Asesor de Investigaciones en Salud. OPS La Habana, Cuba, julio 2000
19. Instituto Mexicano del Seguro Social. Boletín de Evaluación 2003. Vol. II No. 3, México. 2004
20. La teoría del desarrollo como cultura. En: Realidad mental y mundos posibles, Barcelona. Gedisa, 1988.
21. Ledesma, J. Economía, teoría y política. Edit. Pearson-Prentice Hall. Buenos Aires 2004
22. López Antuñano, F. Evolución de los servicios de salud de la Secretaría de Salud, Revista de Salud Pública de México, Vol. 33, No. 5. 1993
23. Mackinlay, H. Las organizaciones campesinas y la nueva agricultura de contrato: la rama del tabaco
24. Medina-Mora et al. Alcoholismo y abuso de bebidas alcohólicas. Observatorio Mexicano
25. Meneses-González F. et al. La industria Tabacalera en México Revista de salud Pública de México, Vol. 44, suplemento 1 de 2002
26. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. Estudios de la OCDE sobre los sistemas de salud México 2005
27. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2005.
28. Organización Mundial de la Salud. Informe de la Comisión sobre Macroeconomía y Salud 2001.
29. Ortiz, Mauricio. En los sesenta años de la Secretaría de Salud. Una crónica de su fundación, México 2003.
30. Parkin, M., Esquivel, G., Microeconomía, Pearson Educación, México, 2001
31. Poder Ejecutivo Federal, Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006. La Visión 2025, pág. 37.
32. Principios de Economía: un texto introductorio, Tecnos, Barcelona, 1962
33. Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Adicciones 2002 México
34. Secretaria de Salud. Programa de Acción: Adicciones. Alcoholismo. México 2001
35. Secretaria de Salud. Programa de Acción: Adicciones. Tabaquismo. México 2001
36. Secretaría de Salud. Programa de Acción: Adicciones. Famacodependencia. México 2001
37. Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 2001-2006. México. 2001
38. Secretaría de Salud. Sistema de Protección Social. Elementos conceptuales, financieros y operativos. México. 2005

39. Secretaría de Salud. Descentralización de los servicios de salud a las entidades federativas. Memoria 1995-2000. México
40. Secretaría de Salud. Diagnóstico y tendencias del uso de drogas en México.
41. Secretaría de Salud .Anuario Estadístico 2004. México 2005
42. Sen, Amartya, K. Desarrollo y Libertad. Edit. Planeta. Barcelona 2000
43. Sesma-Vázquez et al. El precio como determinante del consumo de tabaco en México. Primer informe sobre combate al tabaquismo. INSP. México 2005
44. Sigmund Freud. Psicología de las masas, EDAF, 1982.
45. Tapia Conyer R., et al., Las adicciones. Dimensión, impacto y perspectivas. Edit. Manual Moderno México 2001
46. Tovar-Guzmán V., et al., Tendencias de mortalidad por cánceres atribuibles al tabaco en México. Revista de Salud Pública de México, Vol. 33 suplemento 1 de 2002
47. Vázquez-Segovia L., et al., El consumo de tabaco en los hogares en México: resultados de la Encuesta de Ingresos y Gastos de los Hogares, 1984-2000, Salud Pública de México. Vol. 44, suplemento 1 de 2002
48. Villalba-Caloca, Jaime et al. Costos de atención médica. CONADIC informa. Mexico, mayo 2001
49. Westermeyer, J. Historia y contexto social de las sustancias psicotrópicas. Madrid 1998
50. Presidencia de la República. 4º. Informe de Gobierno. México. 2004

#### Artículos en revistas y periódicos

51. Castillo G. Gustavo. Cárteles mexicanos. La Jornada 20 febrero 2006
52. Hernández Velásquez, Jorge. El problema del narcotráfico en la relación bilateral y la búsqueda de la eliminación de su conflictividad en los noventa. [http: www.paginasclick.com.mx](http://www.paginasclick.com.mx)
53. Jorge Chavat, La guerra imposible. Letras Libres, marzo 2000
54. Michoacán la nueva tierra del narco. La Revista No. 98. Enero 2006
55. Norandi Mariana. Historia de la mariguana Vive con drogas
56. Revista Bancomext
57. Segovia Rafael: "La Cultura Política Inmóvil", Nexos, no. 223, 1996, pp. 57-62.

## Bibliografía electrónica

1. Academia Mexicana del Tequila:  
<http://www.acamextequila.com.mx>
2. Centros de Integración Juvenil: <http://www.cij.gob.mx>
3. Cervecería Cuauhtemoc: <http://www.ccm.com.mx>
4. Domecq: <http://www.domecq.com.mx>
5. Grupo Britttish American Tobacco: <http://www.batmexico.com.mx>
6. <http://www.elasesordemexico.com.mx>
7. <http://www.pulque>
8. <http://www.vinosdemexico.com.mx>
9. Informes anuales 1995-2004. Grupo Modelo:  
<http://www.gmodelo.com.mx>
10. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado: <http://www.issste.gob.mx>
11. Instituto Mexicano del Seguro Social: <http://www.ims.gob.mx>
12. Medline plus: <http://www.nlm.nih.gov> Medline plus
13. Reporte anual 2004 Cigatam, Grupo Carso:  
<http://www.g.carso.com.mx>
14. Secretaría de Hacienda y Crédito Público:  
<http://www.shcp.gob.mx>
15. Secretaría de Salud: <http://www.salud.gob.mx>