

UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA NACIONAL  
UNIDAD AJUSCO, 092 CDMX  
SECRETARIA ACADÉMICA  
COORDINACIÓN DE POSGRADO  
MAESTRÍA EN ESTUDIOS DE SEXUALIDAD  
LÍNEA DE POLÍTICAS PÚBLICAS Y PRÁCTICAS EDUCATIVAS

**T E S I S**

**ANÁLISIS COMPARADO DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD  
SEXUAL EN CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS: EL CASO DEL  
CHEMSEX ENTRE MÉXICO Y ESPAÑA**

PARA OBTENER EL GRADO DE  
MAESTRO EN ESTUDIOS DE SEXUALIDAD

PRESENTA:  
LIC. MIGUEL ÁNGEL BECERRIL CRUZ

DIRECTORA DE TESIS:  
MTRA. ROCÍO VERDEJO SAAVEDRA

ESTA TESIS FUE FINANCIADA CON UNA BECA DEL SISTEMA NACIONAL DE  
POSGRADOS DEL CONAHCYT

CIUDAD DE MÉXICO, OCTUBRE 2024.



Ciudad de México, 05 de noviembre, 2024

### PROPUESTA DE JURADO

IGNACIO LOZANO VERDUZCO  
RESPONSABLE DE LA MAESTRÍA EN ESTUDIOS DE SEXUALIDAD  
PRESENTE

En relación con la aprobación del trabajo de Tesis "Análisis comparado de las políticas públicas de salud sexual en consumo de sustancias psicoactivas: El caso del chemsex entre México y España" del (a) C. Miguel Ángel Becerril Cruz, matrícula 220927014 estudiante de la Maestría en Estudios de Sexualidad, de la generación: 2022 -2024 y con el fin de continuar con los trámites para la obtención del grado del estudiante citado, envío la propuesta del jurado y tres opciones para la presentación del examen correspondiente:

NOMBRE	CORREO INSTITUCIONAL
1. Presidenta <u>Dra. Margarita Elena Tapia Fonlle</u>	mtapia@upn.mx
2. Secretaria <u>Mtra. Rocío Verdejo Saavedra</u>	rverdejo@upn.mx
3. Vocal <u>Dra. Mónica García Contreras</u>	monicag@upn.mx
4. Suplente <u>Dra. Adriana Areli Castañeda Díaz</u>	acastaneda@upn.mx

Examen de grado			
	Fecha	Hora	Modalidad
Opción 1	20/11/2024	13:00	Presencial
Opción 2	18/11/2024	13:00	Presencial
Opción 3	04/12/2024	13:00	Presencial

**Nota:** Las opciones de horario que ofrece el sistema son las 10:00, 13:00 y 16:00 horas.

Sin otro particular.

ATENTAMENTE



MTRA. ROCÍO VERDEJO SAAVEDRA

# Agradecimientos

Proyecto realizado con el apoyo del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, actualmente, Consejo Nacional de Humanidades, Ciencias y Tecnologías (CONAHCYT).

A la Universidad Pedagógica Nacional, por abrirme las puertas por tercera vez y seguir mis estudios de posgrado con calidad e integridad. Gracias mi alma mater.

A mi directora de tesis, la Mtra. Rocío Verdejo Saavedra gracias por su confianza, apoyo, aliento y por su conocimiento intelectual, agradezco su amistad sincera en este caminar de la investigación académica.

A toda la planta docente de la Maestría en Estudios de Sexualidad, por su denodado esfuerzo, compromiso para instruirme. También a las personas que integran el comité para la obtención del grado.

Al CONAHCYT, por la beca otorgada para realizar los estudios de posgrado.

A mis padres que son un pilar fuerte e inspiración en mi vida académica, profesional y personal. En particular mi madre, a quien su discapacidad nunca la ha limitado para hacer lo que desea y ha sabido vivir con ella. A mi padre, que siempre me enseñó el valor del trabajo y de la prudencia. Infinitas gracias por su esfuerzo.

A Juan Alberto Ovando Gómez por tu comprensión y cariño en cada paso que doy junto a ti. Gracias por mostrarme otras formas de entender la vida y apoyarme en cada locura que integro a mi vida.

A mi amiga Alicia Ávila López, agradezco el haberte conocido y alentarnos en cada asignatura que cursamos durante la MES, por esos días de risas, tristezas y de conocimiento compartido. Construimos una sólida amistad profesional y personal durante este aprendizaje, llamada vida.

Y finalmente a mi mismo, porque gracias a mi sed de conocimiento, esfuerzo y compromiso, pude plasmar en las siguientes líneas lo que pienso y definiendo.

*La salud sexual es fundamental para la salud física y emocional y el bienestar de las personas, parejas y familias, y para el desarrollo social y económico de comunidades y países.*

*OMS, (2010).*

## ÍNDICE

Introducción .....	3
Planteamiento del problema .....	5
Justificación .....	10
Supuesto.....	15
Objetivo general.....	15
Objetivos específicos .....	15
Enfoque metodológico y propuesta para el desarrollo de la investigación .....	16
<b>Capítulo I. Perspectiva teórica para el abordaje de las políticas públicas orientadas a la salud sexual en consumo de sustancias psicoactivas.....</b>	<b>21</b>
Políticas públicas y Ciclo de las políticas públicas .....	21
Políticas de Salud Sexual desde los Organismos Internacionales .....	28
La Salud Sexual para el Milenio – Organización Panamericana de la Salud .....	29
La construcción de políticas públicas de salud sexual en México .....	33
Políticas de salud sexual y reproductiva en adolescentes.....	35
Políticas públicas de salud en consumo de sustancias psicoactivas .....	38
Instituciones internacionales que dictan las políticas de drogas a nivel mundial .....	40
Política de drogas: Enfoque prohibicionista en México .....	42
Metodología de la educación comparada .....	48
<b>Capítulo II. Chemsex: Sustancias psicoactivas en la sexualidad .....</b>	<b>51</b>
El fenómeno del Chemsex.....	51
Aproximación al fenómeno – Estado del Arte.....	52
Motivos y causas de la práctica de chemsex.....	58
Las aplicaciones móviles (Apps) como facilitador en la práctica del chemsex.....	60
Consumo de drogas recreativas y sexualizadas .....	65
La percepción del riesgo en el consumo de drogas .....	70

Gestión de placeres y riesgos..... 72

**CAPÍTULO III. Programas de salud sexual en consumo de sustancias psicoactivas en México y España..... 76**

Sustancias Psicoactivas con un enfoque de Salud Pública..... 77

Políticas de Salud en consumo de sustancias Psicoactivas..... 79

Programas y Acciones de Política en México..... 81

La actual política de drogas durante el periodo sexenal 2018-2024 en México ..... 89

Programas y Acciones de Política en España ..... 92

**Capítulo IV. Análisis comparado ..... 101**

Objeto de estudio: Programas de Salud en consumo de sustancias psicoactivas..... 103

Análisis de semejanzas, diferencias ..... 104

Comparación de las acciones de gobierno en los programas relacionados con el Sector Salud Público entre España y México..... 104

Antecedentes y transformaciones en la política de salud en consumo de sustancias psicoactivas en España y México que han llevado a su atención/omisión sobre el chemsex.. 111

Situación en España..... 111

Situación en México..... 116

Momento actual de la política de salud sexual en consumo de sustancias psicoactivas en España y México..... 123

**Pronóstico y/o Prospectiva..... 126**

Propuesta de reducción de riesgos y daños en la política de salud en consumo de sustancias psicoactivas (chemsex): a través del ciclo de políticas públicas ..... 128

Conclusiones ..... 137

Referencias..... 142

## Introducción

En la presente investigación se pretende hacer un análisis comparado de las políticas públicas de salud sexual en consumo de sustancias psicoactivas: El caso del chemsex entre México y España. Con el propósito de demostrar que las políticas públicas de salud sexual en consumo de sustancias psicoactivas ejecutada en el país de España han sido una alternativa para el uso y consumo responsable de drogas en la práctica de chemsex, que dichas políticas están planteadas desde una perspectiva de reducción de riesgos y daños.

Para el caso de México, lo realizado en España puede contribuir a un cambio de paradigma sobre la política pública de drogas con enfoque *de reducción de la demanda* que rige actualmente la salud pública en nuestro país, pues esta sólo ha fortalecido el discurso del Estado a favor de la abstinencia, la prohibición y criminalización por el uso de drogas en la administración de salud pública actual (2018-2024). Con el propósito de comprender que, desde una nueva política o perspectiva en reducción de daños, a todas las personas consumidoras de drogas se les debe garantizar sus derechos humanos, la autonomía de su cuerpo, la gestión del placer sexual y una atención digna.

La investigación se inscribe en la línea de política pública y prácticas educativas de la MES, para ello, se realiza un estudio comparado de las políticas públicas de salud sexual sobre el consumo de sustancias psicoactivas en la práctica de chemsex (Plan de Acción Sobre Adicciones 2021-2024) y que ha tenido éxito en España y lo que hace falta por desarrollar en México. El interés por desarrollar esta investigación nace tras incorporarme a Centros de Integración Juvenil A.C (CIJ) en la ciudad de México por donde he tenido el acercamiento con pacientes que pertenecen a la comunidad LGBTTTIQ y con personas usuarias de sustancias psicoactivas que practican sesiones de chemsex. He observado que, dentro de la institución las y los colaboradores de salud estigmatizan y discriminan a este sector de la diversidad sexual por su orientación sexual y por ser personas que consumen drogas. Considerando que, en México Centros de Integración Juvenil (CIJ) y la Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones [CONASAMA] sus programas son totalmente bajo una visión de políticas *de reducción de la demanda*,<sup>1</sup> ante esta situación dichas instituciones no han dado una respuesta al uso y consumo de drogas desde una mirada responsable, al contrario, dicho programa titulado reducción de la

---

<sup>1</sup> Reducir la demanda de drogas ilícitas y otras sustancias significa desalentar y prevenir el consumo inicial de drogas, intervenir tempranamente en quienes consumen drogas ocasionalmente o no son dependientes y tratar las consecuencias sociales y de salud adversas de la dependencia a través de programas de tratamiento (OAS, 2023).

demanda tiene como objetivo reducir o eliminar el consumo y la adicción a las drogas, por lo que ha sido insuficiente este tipo de programas de salud pública en México.

El Ministerio de Sanidad a través de la Secretaría Del Plan Nacional de 2016 en España, llevó a cabo el Informe sobre chemsex en la ciudad de Madrid y determinó que hubo una fuerte prevalencia en el consumo de drogas dentro de la comunidad LGBTTTIQ. Además, se visibilizó qué tipo de sustancias psicoactivas se usaban con mayor frecuencia en la práctica de chemsex y los diferentes escenarios de encuentros sexuales donde se realiza este tipo de fiestas con uso de drogas recreativas (Domínguez, 2016; Fernández, 2002; Velázquez, 2016). Consecuentemente, el chemsex es un fenómeno dinámico sociocultural y las sustancias de consumo varían a lo largo del tiempo en cada ciudad y país. Por lo que, la combinación de algunas sustancias psicoactivas produce una potente desinhibición y estimulación sexual. Existen evidencias de las importantes implicaciones clínicas del consumo de drogas recreativas en la práctica de chemsex tanto en las personas seronegativas como en las personas que viven con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) (Domínguez, 2016; Fernández, 2002; Velázquez, 2016, y Coll, 2016).

Es por ello que, al mismo tiempo, las perspectivas en reducción de riesgos y daños anuncian un cambio distinto en la atención al uso y abuso de sustancias psicoactivas legales e ilegales; asimismo, rechazan la idea de que la criminalización y/o prohibición son los mejores métodos para cumplir el objetivo de las políticas de abstinencia en las drogas, mismas que quisieran erradicar la adicción para todos los consumidores problemáticos. De este modo, “el enfoque de reducción del daño enfatiza en la relevancia de programas orientados a generar alternativas que permitan minimizar los riesgos para el consumidor” (Oro y Gómez, 2013, p.132). Como se puede notar, la política pública en reducción de riesgos y daños tiene como ejes principales salvaguardar la salud y maximizar el bienestar de la población, es decir, este enfoque debe ser la posición ética en las nuevas políticas públicas.

Otra particularidad, es que España destaca de manera profesional en la intervención de políticas de reducción de daños en materia de chemsex (*Estrategia Nacional Sobre Adicciones, 2017-2024*) [ENA] aterrizado en programas de salud pública cómo: “*Chemsex/ Hablemos de la tina*” o en el programa preventivo “*Prevención de adicciones en Canaria: chemsex*” y la *Ley Canaria de Drogas*”. Todas ellas con una serie de estrategias de prevención que se efectúan desde el sistema de educación, el sistema de sanidad, desde las organizaciones de la sociedad civil y la creación de modelos de información tecnológica (podcast, talleres psicoeducativos, programa de jeringas y opioides). Por esta razón, las políticas públicas con un enfoque de

reducción de riesgos y daños en materia de prácticas sexuales de riesgo y drogas han demostrado continuidad y estabilidad a través de distintos periodos y ciclos políticos en España con resultados satisfactorios. La experiencia en España permite hacer un análisis comparado que arroje elementos novedosos para el ámbito de la investigación educativa, en los estudios de la sexualidad con relación a la política pública en México.

### **Planteamiento del problema**

Como se mencionó con anterioridad, la idea central de esta investigación es realizar un análisis comparado sobre las políticas públicas de salud sexual en consumo de sustancias psicoactivas en materia de chemsex entre México y España y demostrar que las políticas de salud ejecutadas en España pueden favorecer las políticas de salud y de drogas en nuestro país. La problemática sobre la cual versará esta tesis es la práctica del chemsex como un asunto de interés nacional e internacional ante los severos efectos sanitarios, económicos, y sociales que ocasiona el consumo de sustancias psicoactivas durante las relaciones sexuales.

El chemsex, es considerado una práctica sexual acompañada de drogas, por ende, una práctica sexual de alto riesgo, lo que conlleva a las personas a realizar sesiones de chemsex es con la finalidad de utilizar drogas recreativas para desinhibir, aumentar la excitación, retraer la eyaculación y durar mucho tiempo en el coito anal y potenciar las experiencias (Domínguez, 2017; Jacques, 2017; Huerta, 2018).

Desde hace algunos años se ha ido convirtiendo en un problema de salud pública mundial. El uso de sustancias psicoactivas en las relaciones sexuales puede conducir a conductas sexuales de alto riesgo como, sobredosis, infectarse de VIH y otras ITS, y problemas de la salud mental como, depresión, ansiedad y adicciones. Y sobre todo está sucediendo dentro del colectivo LGTBTTIQ, específicamente en gays, bisexuales y hombres que tienen sexo con otros hombres (GBHSH) (Domínguez, 2017).

Aunque el chemsex cada vez tiene mayor proyección pública, desde las administraciones públicas no existe una acción ordenada, es decir, una acción para su prevención, tratamiento o reducción de daños. Las alertas llegan desde organizaciones civiles o clínicas especializadas en adicciones u hospitales, a los que acuden pacientes en estado de inconsciencia después de varias horas en una sesión de chemsex (Domínguez, 2018; Jacques, 2017, Huerta, 2018 y Mendoza, 2021).

Según datos del Observatorio Mexicano de Salud Mental y Consumo de Drogas [OMSMCD] 2023, las personas usuarias de sustancias psicoactivas que demandaron tratamiento tuvieron una edad promedio de 29 años, y 83% fueron hombres y 16.3% mujeres.

Las sustancias de mayor demanda fueron los Estimulantes de Tipo Anfetamínico (ETA), que incluyen a las anfetaminas, metanfetaminas, éxtasis, o estimulantes de uso médico con el 46.2% de los casos, seguidos del alcohol, con el 24.6% y la marihuana con el 13.3%. Tomando en cuenta las diferencias por género, se encontró que el alcohol fue la principal sustancia por la que las mujeres solicitaron tratamiento (35%) en tanto Estimulantes de Tipo Anfetamínico fueron la principal sustancia por la que los hombres demandaron atención (49%)

**Tabla 1**

*Demanda de Tratamiento por consumo sustancias psicoactivas en 2022*

<b>Hombres (140,598)</b>		<b>Mujeres (27,307)</b>		<b>Total (N= 167,905)</b>	
<b>ETA<sup>3</sup></b>	<b>49%</b>	<b>Alcohol</b>	<b>35%</b>	<b>ETA</b>	<b>46.2%</b>
<b>Alcohol</b>	<b>22.6%</b>	<b>ETA</b>	<b>31.5%</b>	<b>Alcohol</b>	<b>24.6%</b>
<b>Marihuana</b>	<b>13.2%</b>	<b>Marihuana</b>	<b>13.4%</b>	<b>Marihuana</b>	<b>13.3%</b>
Cocaína	6.7%	Tabaco	11.6%	Cocaína	6.2%
Tabaco	3.3%	Cocaína	3.4%	Tabaco	4.6%
Opiáceos	2.1%	Tranquilizantes	1.8%	Inhalables	1.9%
Inhalables	2%	Inhalables	1.6%	Opiáceos	1.9%

*Nota:* Elaboración a partir de información recopilada del Observatorio Mexicano de Salud Mental y Consumo de Drogas 2023.

**Tabla 2**

*Demanda de tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas en 2022*

<b>Hombres (140,598)</b>		<b>Mujeres (27,307)</b>		<b>Total (N= 167,905)</b>	
Tranquilizantes	0.6%	Opiáceos	0.9%	Tranquilizantes	0.8%
Alucinógenos	0.2%	Sustancias de uso médico	0.3%	Alucinógenos	0.2%
Otras sustancias psicoactivas	0.2%	Otras sustancias psicoactivas	0.2%	Otras sustancias psicoactivas	0.2%
Sustancias de uso médico	0.1%	Alucinógenos	0.2%	Sustancias de uso médico	0.1%

*Nota:* Elaboración a partir de información recopilada del Observatorio Mexicano de Salud Mental y Consumo de Drogas 2023.

En relación con la historia de consumo y el acceso al tratamiento, las personas usuarias iniciaron su consumo de cualquier sustancia psicoactiva (incluyendo el tabaco y alcohol) en promedio a los 15 años, la sustancia de alto impacto la comenzaron a usar en promedio a los 19 años. Considerando que la edad promedio de ingreso a tratamiento fue desde los 29 años, pasaron 10 años desde la experimentación hasta la solicitud de atención por el uso de sustancia de impacto.

De acuerdo con los datos del Observatorio Mexicano de Salud Mental y Consumo de Drogas, el consumo de sustancias también existe dentro de la comunidad LGBTTTIQ, y se ha inclinado aún sector de dicha población, principalmente en hombres gays que se ha dirigido a la descripción epidemiológica.

Datos de la Encuesta sobre Uso de Drogas en población LGBT en México 2015 y situacional de personas lesbianas, gays, bisexuales, transgénero, travestis, transexuales, intersexuales y queers de México (2015) reportan número altos en los porcentajes (44.6%) de consumo de sustancias en diferentes periodos temporales entre los hombres gays.

De este porcentaje, entre el 4.23% y el 13 % mostraron un uso regular y los resultados mostraron los motivos para su consumo fue para socializar, mayor placer sexual, y el estado psicoemocional (Domínguez, 2015; Mendoza, 2015). Por lo tanto, las principales sustancias de uso son la cocaína, los nitritos inhalados (Poppers) y la marihuana.

La Encuesta Mexicana de Vivencias LGBT+ (2021), ante la variante de COVID-19 destaca que los hombres gays (HG) son un alto porcentaje que consumen sustancias psicoactivas dentro de las poblaciones de la diversidad sexual y de género (LGBT+). Por lo que, del total (n=729), el 24.83% destacó el consumo de marihuana, poppers, metanfetaminas de cristal. Es importante destacar que en esta población de hombres gays y hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH) se ha relacionado el consumo de sustancias con prácticas sexuales sin el uso del preservativo (Domínguez, 2015; Mendoza, 2015; Fumaz, 2020). Lo que incrementa el riesgo de contraer VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS).

Siguiendo esta línea, desde la década de los 70's en América Latina las políticas públicas sobre el consumo de drogas se han orientado a un modelo prohibicionista y punitivo, con un enfoque moralista y de la religión que apunta hacia la putrefacción social; desde la ciencia médica se ha sostenido la perspectiva de la adicción; y en área jurídica con la idea de que se criminalice

su uso (Beltrán y Rueda, 2021). Esto impacta de manera negativa en la atención de salud de quienes consumen sustancias psicoactivas. Para Brener (2019) los comportamientos, prácticas y actitudes discriminatorias del personal de salud en México hacia este colectivo de la diversidad sexual se asocian con prejuicios encaminados por estereotipos y representaciones sociales sobre este grupo.

Por ende, en la Encuesta Mexicana de Vivencias LGBT+ (2021), muestra como el entorno de atención a la salud el estigma repercute en las experiencias de la atención, entre los que se encuentran maltrato médico, violencia simbólica, discriminación y/o algún abuso físico durante la práctica médica (brindar un tratamiento incorrecto, desaprobación social al consumo de sustancias e infligir vergüenza y culpa).

En México, según la Encuesta sobre Discriminación por motivos de Orientación Sexual e Identidad de Género 2018 (ENDOSIG) se reportó que del total de los encuestados (N= 3926), 13.9% sufrieron de discriminación por su orientación sexual en los servicios de salud (Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación) [CONAPRED]. Como argumenta Granados Cosme (2006) la discriminación por orientación sexual es una determinante social fundamental para comprender las repercusiones dadas por la orientación sexual de las que son objeto los hombres gays dentro de los servicios de salud.

El consumo de drogas en la población gay adquiere particularidades por el sentido de pertenencia a una cultura gay y a sus prácticas asociadas. Para Mendoza y López (2022) el consumo de sustancias es diferenciado entre otros grupos sociales cis heterosexuales. Asimismo, las prácticas de socialización entre hombres gays se dan de manera particular y en ciertos espacios (apps de citas, antros, lugares de encuentro, etcétera).

Esto crea redes y hábitos de consumo, pues, se hace uso de ciertas drogas que se usan de manera recreativa tanto para el disfrute de fiesta como para incrementar el goce del placer sexual. Asimismo, esto abre paso al chemsex, que involucra el uso de sustancias recreativas en las relaciones sexuales, en específico una droga llamada cristal que adquiere relevancia ante esta práctica sexual.

En el contexto mexicano aún es poco explorado y documentado sobre el consumo de sustancias y atención a la salud de la diversidad sexual, por lo que es importante abrir nuevas rutas de experiencia a hombres gay, bisexuales y transexuales, etcétera. Con ello, se brindarían elementos para la implementación de programas institucionales en la promoción de la salud, prevención y atención del consumo de sustancias psicoactivas desde una perspectiva que

considere la orientación sexual, que apueste por distintas variaciones y no sólo la abstinencia como un único paradigma.

El consumo de sustancias entre hombres gay es un tema de interés actual en la salud pública y debería entenderse desde las distintas coyunturas en las que se manifiesta, para comprender las particularidades en las experiencias y expectativas de atención a la salud. En la Encuesta sobre Discriminación por motivos de Orientación Sexual e Identidad de Género 2018 (ENDOSIG), se reportó que el 55.9% de los hombres gay encuestados experimentaron algún tipo de discriminación en los 12 meses previo al estudio, además se documentó que en la atención en los servicios de salud se experimentaron violencias y microviolencias (como realizar chequeos inadecuados o diagnósticos mal planteados e inclusive tratar de curar su orientación sexual).

La situación, en el caso de España, al igual que el resto de los países europeos, se cuenta con modestos estudios epidemiológicos sobre el chemsex y sobre sus consecuencias para la salud pública. En el Informe titulado *Aproximación al chemsex en España (2016)* se realizó una encuesta sobre la práctica de chemsex entre gays, bisexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres que habían practicado chemsex en los últimos 12 meses, 486 hombres gay utilizaron frecuentemente drogas como poppers, alcohol, metanfetaminas y cocaína. Un 5.6% declaró consumir otras sustancias que no se incluyeron en la encuesta.

Entre quienes practicaron chemsex, la mayoría tiene estudios de licenciatura y posgrado, de nacionalidad española y se encontraban en el campo laboral. La mediana de edad fue de 35 años. Los espacios de socialización de contacto más utilizados fueron las aplicaciones de citas, páginas web, bares, antros y lugares de encuentro.

Un 57%, afirmó mantener relaciones sexuales sin preservativo durante las sesiones. Entre los hombres con infección por el VIH, el 96.1% se encontraban en tratamiento antirretroviral y un 9.2% tenía coinfección del VIH y VHC.

La literatura disponible en España y en otros países europeos, apunta a que el perfil de las personas usuarias de drogas asociadas al chemsex es diferente al de los usuarios de drogas de los años 80 y 90 y así se perciben ellos mismos. Su contexto sociodemográfico es distinto, así como sus características epidemiológicas y sus motivaciones, por lo que el abordaje de las experiencias debe ser específicas para este colectivo y fenómeno, junto con personal sanitario altamente capacitado.

Ante este panorama en España, se destacó el *Plan Nacional sobre el SIDA*, se creó un grupo de trabajo multidisciplinar y dinámico de profesionales con alta experiencia en el ámbito del chemsex para establecer y consensuar las estrategias más adecuadas de prevención, disminución de riesgos y daños en la población que lo practica.

### **Justificación**

En México existe poca literatura especializada sobre el fenómeno del chemsex y su relación con los estudios de la sexualidad. Es tan escaso el interés en la salud integral de la población LGBTTTIQ en México, que ante el caso más reciente que fue el de la viruela del mono (mpox, 2022)<sup>2</sup>, el gobierno mexicano nunca compró vacunas para esta población mencionada; esto se refleja en la ausencia de registros y estudios sobre el uso de sustancias en las sexualidades psicoactivas. Asimismo, en nuestro país la práctica del chemsex se realiza con el uso de una droga denominada cristal y ante este panorama son bastantes las personas de la comunidad LGBTTTIQ que en su mayoría son hombres que tienen sexo con hombres, gays, bisexuales y otras identidades sexogénericas ponen en riesgo su salud física, emocional y su uso por sobredosis, además de tener un fuerte impacto en la salud sexual y en las relaciones sociales y afectivas (Domínguez, 2016). Desde esta mirada, en México no hay existencia de políticas de salud con enfoque de reducción del daño sobre la práctica del chemsex.

Cabe recordar que, las drogas ilícitas son las que representan el verdadero problema de salud pública, sin embargo, la mayor parte del recurso económico se invierte a la reducción de oferta y no de la demanda y las leyes solo se enfatizan hacia la prohibición de las drogas y su penalización por narcomenudeo en el tráfico ilegal de drogas, sin ahondar en la atención en salud de las y los pacientes. No obstante, el tema de las drogas y/o sustancias psicoactivas ha sido abordado desde la psicología y la medicina en torno a un problema con las adicciones y su vinculación con trastornos de la salud mental y en la salud sexual (González, Gálvez y Cabrera, 2005).

Lo anterior se refleja en la cultura de la guerra contra las drogas, que contempla los esfuerzos por disminuir la oferta, y que las políticas en México se han enfocado en la prohibición del consumo y contrarrestar el narcotráfico. Sin embargo, la lucha contra la prohibición no ha

---

<sup>2</sup> La viruela símica es una enfermedad causada por un virus. Tras una serie de consultas con expertos mundiales, la OMS (2022) comenzó a utilizar un nuevo término preferente en inglés “mpox” como sinónimo de viruela símica.

disminuido el consumo y los problemas con el narcotráfico se han complejizado en los altos índices de violencia y homicidios en el país.

Otro de los inconvenientes para implementar un modelo o programa de reducción del daño es la falta de personal actualizado y capacitado en el tema del chemsex y no sólo específicamente en la adicciones, pues, sin duda el personal sanitario que en su mayoría son médicas/os psiquiatras, psicólogas/os trabajadores/as sociales y siguen directrices ortodoxas en programas, manuales no certificados e incluso ideologías religiosas que ponen en marcha con personas que realizan la práctica de chemsex, (Márquez, Rivera, Rieke y Palomares, 2017, p.56).

En este tenor, desafortunadamente en los centros sanitarios o en centros especializados para consumidores de drogas y que atienden el problema de las adicciones estigmatizan y discriminan a este tipo de personas que son consumidoras de sustancias psicoactivas. Asimismo, el personal de salud no está capacitado en materia de prácticas sexuales de riesgo y drogas, no se cuenta con la infraestructura que permita brindar una atención de calidad y ampliar la cobertura (Márquez, Rivera, Rieke y Palomares, 2017). Con las acciones que se han contemplado en México por parte de la Secretaría de Salud Pública, han sido insuficientes en la atención de la problemática del consumo de drogas en nuestro país.

Por esta razón, las acciones que se deben llevar a cabo en la prevención de reducción de riesgos y de daños, deben estar acorde al conjunto de documentos, proyectos, programas y políticas surgidas para hacer una cultura de prevención sobre este tipo de sesiones de chemsex. Además, se puede agregar que, la práctica de chemsex es una epidemia silenciosa e imparable, pues los estigmas y prejuicios asociados a la comunidad LGBTTTIQ invisibilizan la realidad ante este problema de salud pública que ha repercutido de manera negativa en las vidas de estas personas, pues, al exponerse al uso frecuente de este tipo de drogas sintéticas como es el caso del cristal en México, aumenta la exposición a múltiples riesgos para la salud en hombres que tienen sexo con hombres y otras personas que estén bajo la influencia de drogas que se encuentran sumergidos en las sesiones de chemsex (CONADIC, 2020).

En México las políticas de reducción del daño forman parte de la Norma Oficial Mexicana -028-SSA2, (2009) para la prevención, tratamiento y control de las adicciones, específica que:

La reducción del daño es el conjunto de acciones dirigidas a evitar situaciones o reducir situaciones de riesgo y limitar los daños asociados al consumo de sustancias psicoactivas, por lo que es necesariamente con la prevención y el tratamiento (p.11).

En este sentido, no se pretende llegar a la abstinencia en el consumo de sustancias psicoactivas, pero una de las críticas dentro de la Norma Oficial Mexicana 028-SSA2 es que el concepto de reducción de daños permea en la prevención, tratamiento y control de las adicciones. No obstante, no hay una línea en específica de acción que intervenga en las relaciones sexuales de riesgo y drogas como la práctica denominada chemsex y que tome en cuenta los derechos humanos, la perspectiva de género y la gestión de placeres.

La evidencia disponible apunta que la actual política de reducción de daños en las sesiones de chemsex dentro de la comunidad LGBTTTIQ o en hombres que tienen sexo con hombres dista de garantizar políticas de salud integrales. Domínguez (2018), menciona que en distintos países europeos y en específico España el enfoque de reducción de daños asociados a través del consumo responsable de sustancias psicoactivas en el chemsex ha brindado una serie de estrategias de intervención sanitaria, colectiva, educativa y psicológica sobre la consejería e información educativa de competencias necesarias para la reducción de riesgos/daños en las sesiones de chemsex. Sin embargo, las autoridades de salud en México están conscientes de las complicaciones sobre la prevención del fenómeno del chemsex y su impacto dentro de la comunidad LGBTTTIQ, en específico en hombres que tienen sexo con hombres (HSH), pero la clase política no ha entendido la necesidad de aumentar y mejorar los temas relacionados con la prevención desde un enfoque de reducción de daños.

El mismo Estado reconoce dentro de las debilidades y amenazas para la superación de estos desafíos cómo la falta de servicios de prevención y tratamiento, la falta de capacitación en diversos sectores públicos (educación, salud, políticas públicas), limitación de recursos, aumento de la disponibilidad de sustancias, establecimientos que no se apegan a las normativas de ley. (CONADIC). Siguiendo esta línea, México no refiere haber consultado el documento *“Políticas de Salud Sobre el Consumo de Sustancias Psicoactivas”* elaborado por la Organización Panamericana de Salud (OPS, 2021) y la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021) que hace recomendación de implementar en los países de Latinoamérica y el Caribe políticas nacionales para la planificación en el ámbito de la salud y consumo de drogas.

Es fundamental ahondar desde este enfoque integral reducción de riesgos y daños sobre el chemsex en México desde los estudios de la sexualidad y su abordaje en la política pública, retomando también los estudios de los hombres y las masculinidades, pues, sí bien es cierto que este fenómeno ha sido estudiado desde diferentes disciplinas como la psicología, la medicina, la psiquiatría (estudios clínicos) se ha conceptualizado como un problema que enmarca a diferentes tejidos de la sociedad tales como la salud, la economía, la educación y la política, no se ha

logrado visibilizar que la práctica de chemsex no sólo implica hablar desde una postura prohibicionista y de abstinencia ante el consumo de sustancias psicoactivas, sino de criticar la nula participación del Estado mexicano en el diseño e implementación de políticas en reducción de daños para el abordaje del chemsex y que no está visibilizado en la Norma Oficial Mexicana NOM- 028-SSA2- 2009.

A partir de la presente investigación, las políticas preventivas en consumo de sustancias psicoactivas buscan reducir las consecuencias adversas del consumo de drogas legales e ilegales, sin la obligatoriedad de disminuir la ingesta o alcanzar la abstinencia. Esto permitirá, seguir con la sugerencia de Fernández y Souleymanov (2018), la cultura dominante hegemónica heterosexual estigmatiza las prácticas sexuales que no corresponden a la lógica heterosexual, por lo tanto, sin conocer y entender la cultura gay, se puede caer en una lógica heterosexista que oprime y prohíbe las relaciones sexuales del mismo género. Y en el caso de los hombres que practican chemsex pueden llegar hacer descripciones inapropiadas como juicios de valor sobre sus conductas, prácticas sexuales y juzgados por el hecho de consumir drogas.

Consecuentemente, en México no existen programas, estrategias y/o proyectos de intervención en el terreno de las políticas públicas con enfoque de reducción de daños sobre el chemsex. De acuerdo con Ricardo Domínguez:

El uso de sustancias psicoactivas para el sexo y la socialización no es un fenómeno nada nuevo. En este sentido, las políticas de prohibición o de abstinencia sobre el consumo de drogas prevalecen en todo el mundo y la disponibilidad de servicios de reducción de daños para el uso sexual de drogas es inadecuada (2016, p.44).

Siguiendo esta línea, Tizoc y Rieke (2017) mencionan que en México permean la falta de capacitación en recursos humanos y la falta de presupuesto económico para programas de prevención y tratamiento para las adicciones interviene directamente en el nulo desarrollo de programas gubernamentales bajo el modelo de reducción del daño, persiste el estigma y discriminación en torno al consumo de sustancias psicoactivas, lo anterior, deriva a la capacitación y actualización de profesionalización de actividades de detección temprana, promoción y educación para la salud.

Desde el actuar de la sociedad civil organizada, la Fundación Mexicana para la Salud, A.C. [FUNSALUD] con el apoyo del Programa Compañeros, A.C. que son pioneros y expertos en la aplicación de la reducción de daños en Chihuahua México, elaboraron *la Guía del Modelo de Mitigación de Daños*.

Velázquez, Friman y González, (2016) afirman que las premisas del modelo de reducción de riesgos y daños en consumo de sustancias psicoactivas contemplan una serie de fundamentos acerca de este paradigma:

- a) Se respeta a la persona a decidir consumir drogas, donde un profesional de la salud oriente sobre las consecuencias negativas: físicas, psicológicas y sociales del consumo de sustancias psicoactivas.
- b) El consumo de sustancias psicoactivas en las poblaciones del mundo es inevitable.
- c) El consumo de drogas en si mismo no es lo importante del tema, sino el daño producido y las consecuencias sociales, económicas, culturales y de salud.
- d) En términos prácticos y metodológicos resulta más fácil y menos costo en incidir en políticas públicas de salud sobre los daños y consecuencias en consumo de drogas, que en la intervención de cambiar el comportamiento de restringir el consumo de sustancias psicoactivas.
- e) El aterrizaje de políticas públicas de salud en consumo de sustancias psicoactivas, no se condiciona ni se niega la atención y servicios a usuarios consumidores.

Las respuestas a la reducción de daños para el uso sexual de drogas son ineficientes porque no hay desarrollo de políticas de prevención en México sobre las personas que practican sesiones de chemsex. Lo anterior deja ver que la política de abstinencia en las drogas no ha funcionado o no se ha llegado a los éxitos esperados por parte del Estado mexicano.

El desarrollo que ha alcanzado España en materia de políticas públicas de salud con un enfoque preventivo para las personas que practican chemsex, convierte el caso español en un referente obligado para aquellos interesados en implementar una propuesta de política pública en la reducción de daños en México. En este sentido, se desprenden las siguientes preguntas de investigación:

- ¿Cómo se logró que se incluyera el chemsex dentro de las políticas públicas de salud en consumo de sustancias psicoactivas en España?
- ¿Cuáles son las particularidades que han restringido la creación de políticas públicas de salud en consumo de sustancias psicoactivas en el tema del chemsex en México?

- ¿Cuáles son los antecedentes, las transformaciones y el momento actual de las políticas públicas de drogas con perspectiva de reducción de daños en México y España?

### **Supuesto**

Esta investigación tiene como supuesto que España ha implementado acciones gubernamentales que se centran en la reducción de riesgos y daños en personas que practican sesiones de chemsex, debido a que, en ese país, el gobierno ha integrado en la agenda pública el enfoque de prevención respecto a los costos sociales, económicos y políticos en la prevención y reducción de los daños asociados al consumo de sustancias psicoactivas y a la salud sexual. Contrario a ello, en México hay un retraso en la materia, pues la política de salud en drogas se ha centrado en la prohibición, criminalización y abstinencia de quienes usan estas sustancias de manera recreativa para el goce y placer sexual.

### **Objetivo general**

- Realizar un análisis comparado de las políticas públicas de salud sexual en consumo de sustancias psicoactivas en la práctica de chemsex entre México y España.
- **Objetivos específicos**
- Identificar las diferencias de intervención gubernamental en las Políticas Públicas de Salud en consumo de sustancias psicoactivas entre México y España.
- Analizar los programas y acciones de las Políticas Públicas de Salud entre México y España sobre el consumo de sustancias psicoactivas en la práctica de chemsex para alcanzar sus respectivos objetivos.
- Comparar las acciones y omisiones de Políticas Públicas de Salud en consumo de sustancias psicoactivas entre México y España.

## **Enfoque metodológico y propuesta para el desarrollo de la investigación**

Al precisar las preguntas y los objetivos que direccionan la presente investigación de tesis, se destaca que en esta investigación se realiza el análisis comparado de las políticas públicas de salud sexual en consumo de sustancias psicoactivas entre México y España sobre la práctica de chemsex. Asimismo, se pretende utilizar el método comparado para describir y analizar, si dichas políticas públicas de salud que han prevalecido en España son la mejores para adecuarlas y establecerlas en el contexto mexicano. Esta investigación se apoya y orienta con el ciclo de las políticas públicas en específico en 3 áreas; **en la identificación del problema, definición del problema y diseño de la política.** En este sentido, la metodología de la política educativa comparada y el enfoque de la educación comparada da un soporte fuerte para construir una propuesta a partir del ciclo de las políticas públicas.

Al utilizar el análisis comparado de las políticas públicas en México y España como metodología de investigación, nos lleva a contestar dos preguntas que son esenciales en esta investigación ¿Cómo comparamos? y ¿Qué comparamos? Como método de análisis, el enfoque de la educación comparada establece desde la comparación que se aplica con fines de generalización empírica y de la verificación de la hipótesis, (supuesto) hasta los estudios de casos. El análisis de enfoque comparativo comprende como “método” la utilización de un control (la comparación) para contrastar y verificar de manera empírica realidades específicas y con ello, detenernos en las acciones u omisiones gubernamentales, que derivan de la implementación de las políticas públicas, referidas al tema.

En general, la variante que predomina en este método es la ruta cualitativa, el análisis comparado desde el enfoque de la educación comparada, ésta tiene una particularidad, porque se investiga elementos a considerar como:

1. La comparación de estrategias de intervención,
2. Programas en reducción de riesgos y daños,
3. Políticas de reducción de la demanda
4. Tipologías de políticas de salud que se han implementado o desarrollado en España

En el marco de las políticas públicas comparadas, los objetivos de la presente investigación se van a relacionar con algunos aspectos del fenómeno a estudiar, que tendrán que ver con similitudes y diferencias de procesos similares en ambos países. En este sentido, se

comparan procesos que suceden al mismo tiempo en casos diferentes (España y México) para ver las diferencias y similitudes de los procesos estudiados en los diferentes casos de análisis.

De acuerdo con Sánchez (2012) la política comparada es una especialidad extensa y compleja de la ciencia política. Tal es así que su amplitud y diversidad ha originado en ocasiones, que la parte sea tomada por el todo. Sin embargo, el espacio de la política comparada puede ser acotado siempre y cuando se delimite el objeto y el método; es en la combinación de ambos donde la política comparada encuentra su identidad. Dicho enfoque comparado como campo de análisis, se refiere al conjunto de estudios realizados sobre fenómenos similares en muchos países.

Los estudios comparados consisten en analizar y comparar las fuerzas que generan las diferencias entre los diversos sistemas nacionales de educación, lo que conlleva a establecer semejanzas y diferencias entre varios sistemas de educación, salud, cultura y económico (Inciertes y Villalobos, 2004). Entendido de esta forma, la organización, la estructura, la administración de la educación, así como los programas, las acciones, y los métodos pedagógicos didácticos usados como intervención educativa con la sociedad o en alguna institución.

La educación comparada tiene como ejes principales, promover el interés por conocer otros sistemas educativos, contribuir a las innovaciones, reformas, progresos, políticas públicas y políticas educativas de lo mismo, fomentar el continuo proceso de revisión de los sistemas pedagógicos y propiciar el conocimiento en cooperación de los procesos educativos con carácter intelectual.

La disciplina de la educación comparada se puede utilizar para:

- Conocer y comprender la actuación educativa de los diversos pueblos, países y naciones, regiones, entre otras.
- Contribuir al desarrollo del estudio en sistemas e instituciones educativas y apoyar al desarrollo económico, político y social de los países. Asimismo, estudiar los problemas recurrentes en educación y conocer los elementos de todo sistema educativo (Villalobos, 2012).
- La formación de educadores y administradores que permitan desarrollar un espíritu humano e innovador para los distintos enfoques usuales en el país.
- El conocimiento de otros sistemas educativos permite un adecuado conocimiento y una mejor comprensión del propio sistema.

- El conocimiento de los sistemas educativos ajenos y propios favorece la comprensión de las principales tendencias en educación.
- Contribuir a la comprensión internacional en torno a una cultura de paz.
- Poderoso instrumento de asistencia técnica educativa para los países menos desarrollados (García, 2012).

En este sentido, esta investigación propone comparar las políticas de salud establecidas en España como una alternativa para el consumo responsable de sustancias psicoactivas en la práctica de chemsex. Siguiendo las unidades de análisis entre México y España es determinante para la implementación del diseño de una política pública de salud que contemple la perspectiva de reducción de riesgos y daños en la práctica de chemsex.

Como investigación cualitativa de enfoque descriptivo, interpretativo y documental, y siguiendo la línea de la educación comparada entre sistemas de gobierno y políticas públicas, durante los siguientes capítulos se sostienen las cinco fases para llevar a cabo la comparación, y que tiene una articulación teórica- metodológica en el procedimiento del presente trabajo. Por lo que, a continuación, se intenta especificar en qué consisten y cómo se ven permeadas en el trabajo de investigación (Bereday, 1968)

**Descripción:** Esta fase tiene gran relevancia y se caracteriza por tener un conocimiento amplio y detallado de lo que se pretende comparar, por lo que comprende las fuentes de indagación para adquirir la información pertinente a las políticas de salud en consumo de sustancias psicoactivas y con ello construir un marco amplio de lo que se articula con las políticas públicas de salud y con la sexualidad. Esta fase se establece antes de realizar la comparación para tener un amplio conocimiento sobre lo que se pretende investigar.

**Interpretación:** Esta fase es importante por la descripción de los datos, puesto que en ella se examina la fase de descripción, es aquí donde se analiza e interpreta desde diversos enfoques los datos obtenidos en la fase anterior para comprender detalladamente el problema y poder obtener una explicación y comprensión de los factores y fuerzas que han intervenido en el objeto de estudio.

**Yuxtaposición:** En esta fase ya no se ve un interés por los objetos a comparar de manera individual puesto que ya se considera una fase donde se considera una etapa primordial de la comparación. Por tanto, es una etapa donde ya no se muestran diferencias o similitudes de las políticas públicas de salud de los dos países, sino que hay un carácter unificado por lo que se

establece en el marco de la comparación, esto también permite el conocimiento de las alternativas o soluciones planteadas en el objeto de estudio.

**Comparación:** Está es la última etapa, por lo que se plantea como una fase de evaluación de los resultados de las etapas anteriores, en la yuxtaposición se establecía el marco comparativo, en esta se extraen conclusiones de manera crítica ya sean generales o particularidades de cada objeto de estudio.

**Pronóstico y/o Prospectiva:** La comparativa llega a un pronóstico educativo, en este caso se plantea una breve propuesta articulada con el ciclo de las políticas públicas.

Ahora bien, teniendo en cuenta estas cinco fases de la educación comparada, durante el desarrollo de la tesis hay una articulación entre cada capitulado con relación a las fases para la investigación en educación comparada. Asimismo, este apartado se desarrollará más adelante en la articulación del capítulo IV.

### **Estructura del capitulado**

En el primer apartado se describe el marco teórico sobre lo que se basa esta investigación sobre el chemsex en México y España. Pretende explicar el modelo de las políticas públicas sobre el consumo de sustancias psicoactivas y la articulación propicia en torno a las políticas públicas de salud sexual y la relación con la política educativa comparada, para el análisis pertinente con el capítulo IV.

El capítulo II explora el estado del arte sobre la práctica del chemsex, se describe todo lo relacionado que gira entorno sobre las prácticas sexuales y las drogas en la comunidad LGBTTTIQ. Asimismo, se articula con la percepción del riesgo en consumo de drogas y la importancia de la gestión del placeres y riesgos en específico con los hombres que tienen sexo con hombres. Además, se describe la situación actual nacional e internacional sobre el fenómeno del chemsex argumentando las razones por las que será necesario tomar cartas sobre esta grave problemática de salud pública que se ve desfasada desde los espacios de salud pública, educación y social.

En el capítulo III, se hace el análisis siguiendo la lógica del método de la educación comparada en la interpretación de todo el proceso documentado, de hallazgos en documentos oficiales de las acciones gubernamentales de los planes de salud de drogas en México y España. Se realiza la comparación sobre las diferencias y similitudes en el proceso de sistematización y

categorización del análisis de datos de la literatura existente de acuerdo con los objetivos planteados en la investigación.

Por último, se presenta el capítulo IV con el análisis comparado (yuxtaposición). La intención es de visibilizar las diferencias de intervención gubernamental entre ambos países y llegar a un marco unificado que cuyo fin es identificar las acciones gubernamentales que se han puesto en marcha para hacer frente a las necesidades en materia de salud sexual y en las políticas públicas de salud en consumo de sustancias entre México y España.

Finalmente se presenta el pronóstico ya con todo el análisis comparado realizado y con los hallazgos pertinentes para partir hacia una propuesta de acercar en un primer plano acciones para visibilizar el tema del chemsex en la construcción de políticas públicas fuertes partiendo del análisis de la política comparada entre España y México en la reducción de daños como una alternativa para la prevención del consumo responsable de sustancias psicoactivas en contextos sexualizados y para culminar con las conclusiones.

## **Capítulo I. Perspectiva teórica para el abordaje de las políticas públicas orientadas a la salud sexual en consumo de sustancias psicoactivas**

En este primer capítulo se esboza una breve definición del ciclo de las políticas públicas desde distintos autores. En esta investigación se utiliza el enfoque de las políticas públicas y en particular la política educativa comparada con líneas de acción, estrategias y acuerdos, avalados por el gobierno que implican la intencionalidad de transformar, mejorar, modificar, o reformar las políticas en drogas en México.

En primera instancia, es preciso apuntar que todo enfoque del ciclo de las políticas públicas comienza con el surgimiento o identificación del problema social o público. En este caso, las políticas públicas en consumo de sustancias psicoactivas tienen como ejes fundamentales la salud y el desarrollo emocional que permite desarrollar las respuestas necesarias para proteger y promover el derecho a la salud de la población con relación a este problema complejo.

El análisis permitirá identificar que las políticas públicas de salud en consumo de sustancias psicoactivas con un enfoque de reducción de riesgos y daños son una alternativa como factor de prevención. Por lo que, posteriormente se desarrolla este análisis comparativo en el capítulo cuarto.

### **Políticas públicas y Ciclo de las políticas públicas**

Desde la perspectiva del enfoque de políticas públicas, que apareció aproximadamente en la década de 1950 y la de 1970, es un hecho relevante en la concepción de los problemas públicos, y es que no todos los problemas sociales son problemas públicos, tal como lo apunta Aguilar (1996) no todos los problemas llegan a una agenda pública; con tal razonamiento, es importante identificar las razones del porqué del consumo de sustancias psicoactivas en la sexualidad, si bien es una cuestión particular o privada desde el punto de vista del derecho a elegir, son parte de un problema público y por lo tanto entrado en la agenda del gobierno como un problema de salud que el gobierno debe atender.

Dentro de las corrientes de este trabajo académico e investigativo de las profesiones ligadas al campo de la salud, especialmente aquellas ligadas a las actividades administrativas y de gobierno, el tema de las políticas públicas cobra relevancia. Estas políticas se convierten en un referente obligado para el funcionamiento de todo conjunto institucional relacionado a la prestación de los servicios de salud articulados allí.

Para entender qué son las políticas públicas, es pertinente diferenciar dos conceptos como: Politics (política) policies (políticas) el primer término deriva de las relaciones de poder, los procesos electorales y los movimientos en las confrontaciones sociales con el gobierno. El segundo apunta hacia las acciones, decisiones y omisiones por parte de los distintos actores involucrados con los asuntos públicos, en este caso la postura de las políticas públicas hace referencia al término policies, policy.

La importancia de la política pública se caracteriza por la influencia del gobierno en actividades de presentación y conciliación de interés, generalmente por políticas públicas se han entendido los programas que, en gobierno, cualquiera que sea, desarrolla en función de un problema o situación determinada. Entonces, desde este enfoque las políticas públicas son el diseño de una acción colectiva intencional y son el curso de acción que sigue un actor o un conjunto de actores al tratar un problema o asunto de interés.

En relación con las políticas públicas (PP) que se han establecido dentro de la sociedad existe una amplia literatura especializada que opina que las políticas y lo público en su conjunto debe de satisfacer las demandas de la sociedad.

En este sentido, Aguilar (2000) menciona que la complejidad de las políticas públicas tiene una escala de interdependencia de los asuntos públicos que requieren más conocimiento confiable y especializado, esto permitirá a su vez el conocimiento del problema sea mucho más real y con una base sustentada de información actualizada.

En las últimas décadas se pueden observar variaciones en la producción académica de lo que son las políticas públicas, por lo tanto, hay un número de definiciones similar al de autores que nos dan una explicación al concepto de políticas públicas.

La siguiente tabla abarca algunas definiciones de las políticas públicas:

**Tabla 3**

*Conceptualización de políticas públicas*

Autor	Definición de política pública
<b>Rose (1984)</b>	Transformación y combinación que hacen organizaciones gubernamentales de los recursos normativos, humanos, financieros y

---

tecnológicos con el fin de atender los problemas de los ciudadanos, controlar sus comportamientos, satisfacer sus demandas y lograr impactos sociales políticos y económicos.

**Subirats (1989)** Actividades de las instituciones de gobierno, actuando directamente o a través de agentes, y que van dirigidas a tener un impacto determinado sobre la vida de los ciudadanos/as.

**Lahera (1999)** Cursos de acción o flujos de información relativos a un objeto público, desarrollados por el sector público con la frecuente participación de la comunidad o el sector privado.

**Repetto (2000)** Resultado de la interacción entre actores sociales y estatales moldeados por marcos institucionales

**Piñango (2003)** Proporciones gubernamentales sobre la mejor forma de lograr determinados objetivos sociales. Ideas que, con toda la fuerza y debilidades de éstas, no obstante, las mejores ideas pueden generar efectos indeseables.

---

*Nota.* Elaboración a partir de información recopilada del ciclo de las políticas públicas (2019)

Como es posible observar los elementos que integran las definiciones anteriores son diversas y cada una de ellas aporta fragmentos importantes dentro de la argumentación de las y los autores en lo que respecta a su percepción del deber dentro de las políticas públicas. Por esta razón, se entiende que la política pública (PP) son los estudios y acciones realizadas por organizaciones gubernamentales para el trabajo en colectividad y bienestar de las y los actores sociales y como la obtención de óptimos resultados a las exigencias sociales en las comunidades.

De tal manera, dentro del estudio de las políticas públicas, éstas se definen como el conjunto de objetivos, decisiones, y acciones que lleva a cabo un gobierno para solucionar los problemas que en un momento determinado las y los ciudadanos/as y el propio gobierno consideran prioritarios (Merino, 2010). En dicho proceso de toma de decisiones públicas suelen distinguirse varias fases o ciclos, en este caso se muestran las fases de la política pública planteadas por Jones (1970), que abarca su profundidad en el estudio de las políticas públicas.

El ciclo o método de las políticas públicas se refiere a las fases, proceso o ciclo de las políticas públicas, cuyo orden o delimitación varía según el autor y que tiene como objetivo la creación de políticas públicas. A continuación, se presenta el caso referencial al ciclo de las políticas públicas y que sirve de apoyo para una mejor comprensión del tema a investigar.

### **Modelo de Aguilar Villanueva**

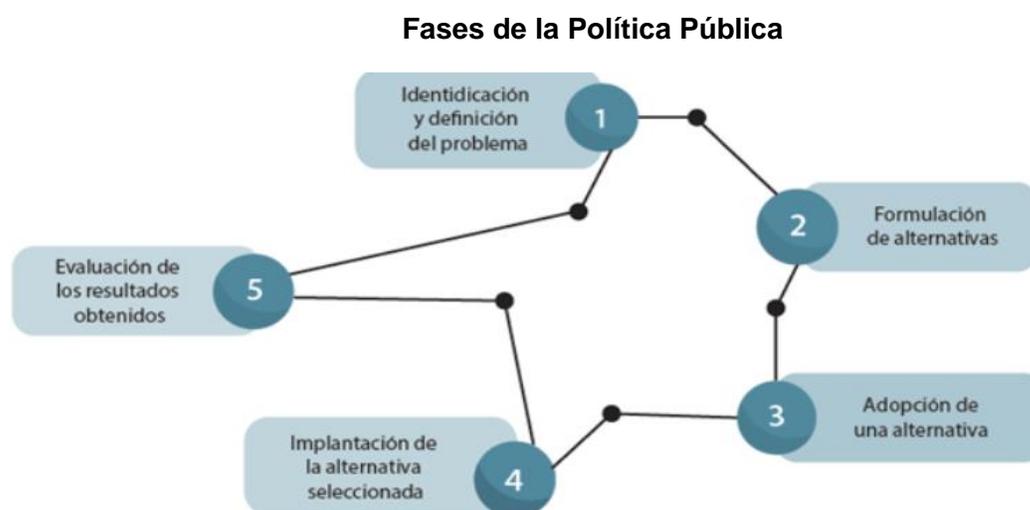
Ahora bien, para efectos de este trabajo se apoya con la propuesta de Luis F. Aguilar Villanueva (1996), este modelo que presenta este autor dada la trascendencia que ha tenido como investigador, se presenta su modelo en la formulación de políticas públicas en México.

- a) *Definición del problema*: Fase en la que se delimita el problema público, sus dimensiones, causas y afectaciones.
- b) *Estructura de la agenda*: Delimitación de los factores que contribuyen a que determinadas situaciones se conviertan en problemas, así como respuesta a la pregunta de cuándo y por qué ciertos problemas merecen la atención del gobierno. Se delimitan actores sociales que intervienen.
- c) *Formulación de alternativas*: Se delimita el plan para afrontar el problema, los objetivos y prioridades, las alternativas que existen para alcanzar los objetivos, las metas, los riesgos, los beneficios, y los costos que acompañan cada alternativa produce los mejores resultados con los menores efectos negativos.
- d) *Toma de decisiones*: Se delimita si es viable la técnica y políticamente la alternativa seleccionada, así como el rol de la racionalidad en este proceso.
- e) *El diseño de la política*: Se refiere a la definición de la estrategia que habrá de implementarse para tratar de resolver el problema previamente identificado. Para este paso, es importante tomar en cuenta las instancias que ejecutan dicha estrategia, así como los intereses que se pudieran verse afectados.

- f) *Implementación*: Fase en que se establece al responsable de la implementación, los medios que se utilizarán para asegurar que la política se lleve a cabo de acuerdo con el plan previsto, los conflictos que pueden surgir en la implementación y las consecuencias de estos.
- g) *Evaluación*: Ponderación sobre si los objetivos fueron cumplidos, así como la delimitación de los criterios a tener en cuenta para juzgar los resultados de la política y decidir si debe continuar o terminar la política. Finalmente, se contesta la pregunta de si la política implementada ha sido justa (Aguilar, 2009).

El modelo de Luis Aguilar ayuda a entender el proceso de las políticas públicas, se refiere a verlas como un ciclo articulado que ayuda a comprender mejor cada uno de los procesos. A continuación, se muestra en la siguiente figura con detalle las fases de la política pública.

**Imagen 1**



*Nota.* Ciclo de las políticas públicas, [ilustración] Jones (1970).

Cuando se define un problema desde la perspectiva de las políticas públicas, se buscan las causas que lo han generado y también las posibilidades que el Estado tiene para darles solución, la selección de problemas consta de tres partes:

- 1) Técnica, basada en datos que sustentan el diagnóstico original, el problema y las soluciones planteadas.
- 2) Razones políticas por las que se eligió el problema prioritariamente por encima de otros.
- 3) La forma que se adopta para explicar a la sociedad la definición del problema y la ruta de solución.

Las políticas públicas se tienen que adaptar a las condiciones económicas, sociales y políticas siempre cambiantes.

Lo más destacable de esta manera de ver las políticas públicas es que sugiere cierta secuencia en las decisiones sobre los asuntos públicos que, por lo general, inicia cuando un gobierno o un funcionario público en particular reconoce la existencia de un problema que por su relevancia se considera de interés público y es atendido y suele concluir con la evaluación de los resultados que finalmente se obtengan derivados de las acciones efectivamente realizadas (Merino, 2010, p. 81). Sin embargo, no hay que perder de vista, como sugiere Merino (2010), que:

Con frecuencia se confunde el análisis de políticas con el estudio del proceso de las políticas. Es posible que se trate de un error de origen que, sin embargo, conviene advertir con claridad: las distintas propuestas que se han formulado para sugerir un orden secuencial en las políticas no constituyen el objeto de estudio de análisis. Se trata de una herramienta heurística para organizar el análisis, pero no más (pp. 12-13).

Es necesario señalar que este ciclo se utiliza para el estudio de programas de gobierno ya implementados. Por tal motivo, para la presente tesis se ha optado por seleccionar las fases de: 1) Identificación del problema, 2) Adopción de una alternativa e implementación y 3) Diseño de la política; ya que éstas se consideran como las fases fundamentales de toda política pública. Justamente, en este marco de análisis se identifican las políticas en consumo de sustancias psicoactivas; las causas del problema; los instrumentos, particularmente los Planes Nacionales de Drogas y de la Salud en Adicciones en México y España.

De esta manera, las definiciones revisadas dejan establecer que una política pública pretende modificar una problemática que ha sido señalada como importante para un grupo de actores políticos, sociales u organizaciones civiles y que afecta a una población. Las políticas públicas sirven para que los Estados contemplen las condiciones de las y los ciudadanos y mejorar la salud sexual en los problemas que se desprende a través de ésta misma, y es así por este compromiso, que se incorporan en el plan de cada gobierno.

La formulación de políticas públicas pone énfasis los factores sociales; como las condiciones del entorno micro, meso y maso de la salud, educación y del consumo de sustancias psicoactivas (Bronfrenbrenner, 1979).

- El ámbito macro -político: de la gestión de la salud se refiere a las directrices más generalizadas de la política, es decir, problema público.
- La meso – gestión: se refiere a las formas de organización de los sistemas de salud con el fin de satisfacer las demandas civiles de los servicios y las necesidades específicas de la salud.
- La micro – gestión: se refiere a la organización de los servicios, establecimientos, programas y proyectos de la salud.

Estos tres niveles se consideran dentro del factor económico del entorno social que contribuye para el uso de dichas sustancias y de los servicios sanitarios que impactan en las rutas de mejora en las personas que consumen drogas.

Si bien, en esta parte de las políticas públicas de salud en consumo de sustancias psicoactivas se asocia a ciertas problemáticas que vulnera diferentes aspectos de la salud sexual y reproductiva de las personas, como el hecho de la capacidad de negociar o consentir las relaciones sexuales puedan verse disminuidas cuando se está bajo el efecto de las drogas, exponiendo a las y los adolescentes y jóvenes a mayor número de parejas sexuales, VIH y tras infecciones de transmisión sexual, embarazos no deseados, violencia sexual, situaciones de abuso y/o comercio sexual.

La salud sexual y reproductiva se asocia con las personas que consumen sustancias psicoactivas y por ende es imprescindible ahondar en el terreno de las políticas de salud sexual a nivel internacional y cómo influyen en la educación sexual para las personas en especial para la población adolescente y joven.

## **Políticas de Salud Sexual desde los Organismos Internacionales**

Uno de los ejes que influyó en la construcción de políticas públicas fue la transformación significativa en las políticas generadas en 1994 en la Conferencia Internacional Sobre Población y Desarrollo en el Cairo. Después se volvió el tema a retomar el año siguiente en la Cuarta Conferencia Mundial Sobre la Mujer en Beijing (1995) que recalcó la importancia de la salud sexual y reproductiva.

Parte de esta conferencia redireccionó las acciones contempladas en materia de salud sexual en el país en diversas particularidades. El primero fue el posicionar la sexualidad y la reproducción como el derecho que favorece a mejorar la calidad de vida de las personas, en segundo punto, se proclamó la libertad que las personas tienden a ejercer su sexualidad sin tabús, coerciones, abusos y discriminaciones; méritos que los gobiernos deben de operacionalizar en sus políticas acerca de la sexualidad y la reproducción (OMS – OPS, 2000).

La salud sexual y reproductiva se definió como un estado de bienestar físico, mental y social, en todas las dimensiones relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y sus procesos, que implica la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria sin riesgos. Asimismo, el derecho a procrear y la libertad de decidir el número y espaciamiento de hijos/as, el derecho a obtener información sobre el acceso a la elección de métodos anticonceptivos y el recibir conocimiento de los diferentes servicios adecuados de atención a la salud que permitan embarazos sin riesgos, calidad en servicios de atención, prevención y la atención a infecciones de transmisión sexual (ITS/VIH) y otras infecciones como el cáncer cérvico uterino provocado el virus del papiloma humano (VPH).

En el Programa de Acción de El Cairo también se estableció que los hombres deben asumir la responsabilidad sobre su comportamiento sexual, su fecundidad, el contagio de las infecciones de transmisión sexual y el bienestar de sus parejas y de las hijas e hijos que procreen. Ante estas acciones estipuladas en el programa, los gobiernos que promueven la salud sexual y reproductiva están comprometidos a proteger tres derechos esenciales:

- Los derechos respecto del cuidado de la salud y de la información relacionada con la salud.
- Los derechos relacionados con la libertad y la seguridad de las personas.
- Los derechos relacionados con la sustentación de la igualdad de la mujer dentro de la sociedad.

En este sentido, es pertinente mencionar sobre la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer se llevó a cabo en Beijing, China en 1995, y también fue puesta en posición por la ONU dicha Conferencia fue de carácter intergubernamental, en donde se evidenciaron las desventajas sociales, económicas, culturales, políticas y de salud en la que se encuentran las mujeres.

La Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer tomó como base los objetivos y las aristas de prioridad debatidas durante la Conferencia de El Cairo, de esta manera la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer colocó los puntos acordados a lo largo de la Conferencia de El Cairo.

Al igual que, en la Conferencia de El Cairo, la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, se desarrolló en torno a la preocupación de los diferentes Estados participantes ante el aumento de la tasa de personas infectadas por el VIH en todo el mundo, principalmente el contagio de las mujeres, las adolescentes y las niñas por la falta de educación.

### **La Salud Sexual para el Milenio – Organización Panamericana de la Salud**

Otros documentos internacionales han reconocido y recalcado la importancia de la salud sexual dentro del marco más amplio del bienestar de la humanidad. Por ejemplo en el documento de la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2000), Promoción de la salud sexual: hay una serie de objetivos y metas para seguir recomendaciones para las acciones concretas de lo que se pretende alcanzar en el nuevo milenio para la salud en general que debe promover y mantener la salud sexual.

En septiembre del 2000, la Asamblea General de las Naciones Unidas adoptó la Resolución 55/2, Declaración del Milenio de las Naciones Unidas (UN, 2000). En la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas, los líderes mundiales se comprometieron, a través de los ODM a alcanzar objetivos cuantificables para abordar una gama básica de problemas.

Los Objetivos del Desarrollo del Milenio (ODM) han sido fortalecidos para resolver algunos de los problemas sociales más complicados y urgentes de nuestro tiempo, así como para fomentar los nuevos retos y compromisos del desarrollo humano en el nuevo milenio. La promoción de la salud sexual es fundamental para la ganancia de la salud y el bienestar, así como el desarrollo sostenible y para la ejecución de los ODM.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) constituyeron un documento técnico para el abordaje de la salud sexual en todas sus vertientes y de manera integral para el cumplimiento de ocho objetivos del desarrollo del milenio,

los programas de salud sexual deben de fomentar en su totalidad el espectro de la sexualidad humana. Po ejemplo, promover y reforzar los factores de prevención y de riesgo de la infección por vía sexual del VIH, los programas de promoción de la salud sexual deben incorporar la realidad de que las relaciones sexuales incluyen el género y las relaciones de poder, además, del deseo, el placer e intimidad que abarca el comportamiento sexual.

Por otra parte, todos los gobiernos, organismos internacionales, el sector privado, las instituciones académicas y la sociedad civil y las organizaciones de la salud sexual deben de impactar un enfoque intersectorial que promueva la salud sexual como una estrategia distinguida y esencial para los objetivos del ODM.

En tal sentido, la Salud Sexual para el Milenio conceptualiza la salud sexual como multidimensional y examina con determinación específicamente ocho metas concretas que en conjunto con acciones integrales despliegan en la promoción de la salud sexual. Por lo que a continuación, se enuncian brevemente las ocho metas de la declaración de los ODM.

- 1) **Reconocer, promover, garantizar y proteger los derechos sexuales para todos:** Los derechos sexuales son un componente integral de los derechos humanos básicos y por lo tanto inamovibles y universales.
- 2) **Avanzar hacia la igualdad y la equidad de género:** La salud sexual exige equidad y respeto, independientemente del género. Las inequidades y los desequilibrios de poder relacionados con el género entorpecen las interacciones humanas armónicas y constructivas y por consiguiente la salud sexual.
- 3) **Condenar, combatir y reducir todas las formas de violencia relacionas con la sexualidad:** La salud sexual no puede lograrse mientras las personas no estén libres de estigma, discriminación y abuso, coerción y violencia sexuales.
- 4) **Proveer acceso universal a la información completa e integral de la sexualidad:** Para lograr la salud sexual, todas las personas, en específico las y los jóvenes, deben tener acceso a la información completa y a la educación integral de la sexualidad, así como los servicios de salud sexual en todo el ciclo de la vida.

- 5) **Asegurar que los programas de salud reproductiva reconozcan el carácter central de la salud sexual:** La reproducción es una de las dimensiones fundamentales de la sexualidad humana y, por ende, contribuir a fortalecer relaciones y el bienestar de poder tomar decisiones sobre la planificación familiar y el deseo de embarazos consensuados y planeados. La salud sexual abarca la salud reproductiva. Deben de ampliarse los programas actuales de salud reproductiva para abordar las diversas dimensiones de la sexualidad y la salud sexual de manera integral.
  
- 6) **Detener y revertir la propagación de la infección por VIH y otras infecciones de transmisión sexual:** El acceso universal a la prevención eficaz, la orientación y las pruebas voluntarias, a la atención y a los tratamientos integrales de la infección por el VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual (ITS) son esenciales para la salud sexual. Es primordial y necesario reforzar con urgencia los programas que garantizan el acceso universal.
  
- 7) **Identificar, abordar y tratar las preocupaciones, las discusiones y los trastornos sexuales:** Debido a las diversas preocupaciones, las disfunciones y los trastornos sexuales recuperen la calidad de vida, es fundamental reconocer, prevenir y tratar las preocupaciones, las disfunciones y los trastornos sexuales.
  
- 8) **Lograr el reconocimiento del placer sexual como componente sexual de la salud y el bienestar social:** La salud sexual es más que la ausencia de enfermedades. En todo el mundo, debe reconocerse y promoverse el derecho al placer sexual.

La sexualidad humana es un asunto que acompaña a la humanidad por el resto de su vida, está influida por tres factores principales que son los siguientes:

1. Aspecto biológico: se posee un cuerpo a través del cual experimentan estímulos, que se traducen en placer o dolor.
2. Aspecto psicológico: tiene una repercusión trascendental en la conceptualización de la sexualidad, este aspecto puede estar permeado por aspectos de represión y control que pasa inadvertidos.
3. Aspecto contextual: Remite a la sociedad y a los procesos de socialización.

El aspecto contextual, remite a la existencia de discursos acerca de la manera en cómo pueden vivir la sexualidad las mujeres, los hombres y personas de la diversidad sexual, lo que remite al aspecto sociocultural. Por lo que, el modo de vivir la sexualidad tiende a ser diferenciada de acuerdo con el sexo asignado a una persona en una cultura y está influida por los aspectos que reflejan las relaciones de poder que se establecen entre los sexos.

Dicho enfoque contextual, que es sociológico reúne los componentes biológicos, psicológicos y socioculturales de la sexualidad. Dicho enfoque plantea la importancia de los factores históricos y contextuales. Desde una perspectiva sociocultural socio-constructivista, la sexualidad es definida como una construcción o invento social (Rosales, 2011).

Acerca de la perspectiva sociocultural es necesario destacar que en la cultura mexicana existe una educación en torno a la sexualidad en el ámbito formal (educación formal), pero no a nivel de prácticas (educación informal) de hecho, se da desde una mirada de culpa, de suciedad e incluso debe ser oculto en los distintos espacios de socialización en los cuales las personas se desarrollan, tanto mujeres, hombres o personas de la diversidad sexual, algunos de estos espacios son: la familia, la escuela, instituciones gubernamentales, los medios de comunicación, etcétera.

A lo largo del tiempo, la sexualidad humana ha pasado por diferentes momentos históricos. En primer lugar, se posicionó en un carácter natural, teniendo como eje principal la reproducción sexual. Por lo que, la sexualidad va más allá del sentido biológico/ reproducción, es decir, la dimensión social está estrechamente relacionado con las costumbres, tradiciones en distintas culturas pasadas y presentes.

En las últimas décadas, la sexualidad ha sido definida como un derecho humano en las sociedades democráticas. Los derechos humanos son universales y se basan en la autonomía y dignidad de todas las personas. Primordialmente, los derechos sexuales han proclamado leyes y políticas públicas para garantizar una sexualidad libre de violencia y de respeto a la diversidad sexual (Rosales, 2011).

Siguiendo este tenor, la postura teórica que adopto es la que define a la sexualidad como una construcción social e histórica diferente en cada época y contexto. Consecuentemente, la sexualidad funciona como un dispositivo de poder que vigila firmemente los cuerpos, donde los aspectos bilógico, psicológico y cultural toman significación (Foucault, 1993; Weeks, 1998).

Como parte de la discusión, para alcanzar estas metas y poner en práctica estas acciones, es esencial que los planes de acción internacionales, regionales, nacionales y locales emprendan y asignen con alta prioridad a las intervenciones de la salud sexual.

### **La construcción de políticas públicas de salud sexual en México**

En tal sentido, cabe hacer mención que una de las principales preocupaciones del Estado mexicano es intervenir en la planificación familiar y la regularización de la alta tasa de embarazo en mujeres adolescentes y jóvenes. Ante este panorama, en la década de los 90's fue el despliegue de una serie de estrategias, acciones y programas sobre la intervención en personas en edad reproductiva (SSA, 1994).

De acuerdo con González (1999) en México la noción de la salud sexual y reproductiva fue propuesta a principios de los 90's y rápidamente se incorporó a los espacios académicos y gubernamentales. Este plan se elabora de acuerdo con lo estipulado por la Ley de Planeación, que establece que la Administración Pública Federal tiene la obligación de elaborar programas tomando en cuenta las opiniones de los gobiernos del Estado y de los grupos de la sociedad.

En dicho sentido, en México se crearon y modificaron instituciones nacionales y estatales para brindar una atención digna e integral a la mayoría de los problemas derivados de la salud sexual. De esta forma, la Secretaría de Salud y el Instituto Mexicano del Seguro Social tuvieron como ejes primordiales la atención a la salud sexual y reproductiva de la sociedad mexicana, brindando servicios médicos para la prevención y atención en materia de sexualidad, claro, desde un enfoque biologicista y biomédico (López, 2012).

Concretamente, en materia de salud sexual y reproductiva se creó el Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar, dicho programa intentó incorporar la visión de apartar los conceptos de atención materna, planificación familiar para dar paso a un concepto innovador integral.

El programa fue elaborado con la participación del Grupo Interinstitucional de Salud Reproductiva y de organismos no gubernamentales, que se compone de ocho ejes conceptuales:

- 1) Planificación familiar: Garantizar a toda la población el acceso universal a información, orientación y servicios de alta calidad de planificación familiar en el

contexto amplio de la salud reproductiva, con opciones múltiples de métodos anticonceptivos efectivos, seguros y accesibles para todas las fases de la vida reproductiva. Dichos servicios tienen que ser otorgados y proporcionados con absoluto respeto a la dignidad de las personas y de las parejas de acuerdo con los lineamientos de la Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar (NOM-005 SSA2- 1993) y atendiendo a la diversidad sexogénera y étnica del país.

- 2) Salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes: Tiene como objetivo fundamental de proteger y propiciar el ejercicio de los derechos de la población adolescente a la información, educación, comunicación y servicios de salud sexual y reproductiva con una visión integral que fomente actitudes responsables y asumir el control del propio autocuidado.
- 3) Salud Perinatal: su objetivo es garantizar el derecho de las mujeres a información apropiada y servicios de calidad en salud perinatal, que incluyan el fomento de la nutrición materna, control prenatal con énfasis a los embarazos de alto riesgo, en la prevención de las infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH, en el manejo de las complicaciones del aborto.
- 4) Riesgo preconcepcional: Prevenir y manejar los factores de riesgo preconcepcional que resultan en fallas reproductivas.
- 5) Enfermedades de transmisión sexual: El objetivo es ampliar el acceso de la población a información apropiada y servicios de calidad para la prevención, diagnóstico temprano y manejo oportuno de las enfermedades de transmisión sexual. En el caso del VIH/SIDA, consta de colaborar con las instancias normativas para la prevención, diagnóstico y referencia de casos.
- 6) Prevención y detección de neoplasias del tracto reproductor de la mujer: El objetivo es colaborar con las instancias normativas a la prevención, detección temprana y referencia de los casos del cáncer cervicouterino y mamario con especificidad en el primer nivel de atención y en las zonas rurales del país.

- 7) Climaterio y posmenopausia: Mejorar la salud de las mujeres en la etapa post-reproductiva.
  
- 8) Perspectiva de género en la salud reproductiva: El objetivo esencial es contribuir a la disminución de las inequidades de género que afectan el acceso a la información y educación de las mujeres, otorgando la potenciación y autonomía para mejorar y preservar su salud sexual y reproductiva.

Si bien el diseño e instrumentación de estas políticas y programas intentaron dar una visión distinta de observar la salud reproductiva, la incorporación del concepto de salud sexual y reproductiva no lo logró. A pesar de que se comenzó a implementar el Programa de Acción de El Cairo la atención que recibían las mujeres por parte del sistema de salud mexicano no era satisfactoria.

La política pública en México con programas de salud reproductiva se ha centrado en problemáticas del crecimiento demográfico y el Sida que aún sigue la brecha de este virus. Sin embargo, existen otros problemas de salud pública que es necesario atender como la violencia intrafamiliar, la prostitución femenina, la pornografía infantil, el chemsex, la viruela símica, entre otros. Por esta razón, es necesario transformar las políticas públicas de salud sexual y desarrollar programas que atiendan las problemáticas de sexualidad.

### **Políticas de salud sexual y reproductiva en adolescentes**

En México, una de las características primordiales desde el punto de vista jurídico y de las políticas públicas sobre sexualidad es que actúa de manera restrictiva. Sin embargo, la sociedad en su conjunto tiene normas morales y juicios de valor más estrictas que las acciones impulsadas por el gobierno.

Desde las cúpulas del poder, tanto de la estructura del gobierno como en varias organizaciones civiles, se promueve una apertura al debate sobre los temas de sexualidad. Esto culmina en programas y acciones tanto en el ámbito de la salud como de la educación.

Como ya se había mencionado anteriormente, el interés de llevar el tema de la sexualidad en otros horizontes sobre las negociaciones que se dieron entre el gobierno y las

ONG durante los años 90's llevaron a México adoptar una posición de liderazgo activo en la definición de los acuerdos del Programa de Acción del Cairo en 1994.

En ese mismo año se impulsó el programa titulado con el lema "En Buen Plan", aterrizado en la población adolescente del país. Este programa arrancó sus acciones en 1994 empezando en los estados avanzados para la época, capacitando al personal médico para orientar y atender adolescentes (García, 1999).

La política expone uno de los grandes problemas para la población adolescente del país, como el embarazo adolescente no planeado y no deseado. Además, de otras preocupaciones como los factores de prevención en cuanto a las infecciones de transmisión sexual incluyendo el VIH/SIDA y el virus del papiloma humano, la prevención de adicciones, incluyendo el tabaquismo, el alcoholismo y el abuso de sustancias psicoactivas.

Para la atención médica a la mayoría de las y los adolescentes en salud reproductiva, la Secretaría de Salud instaló módulos para servicios especializados en el país dentro de las instituciones hospitalarias y clínicas de centros de salud. En 1999 ya se tenía registrado 259 servicios especializados en todo territorio nacional, distribuidos en 179 centros de salud y 80 hospitales por lo que estos servicios apoyaban con consejería médica, psicológica y del VIH. En el año 2003, estos servicios especializados tomaron el nombre de "servicios amigables" e incorporaron 334 en todo el país, en esta posición ya no se contó con personal médico especializado para este servicio, no obstante, se capacitó a los profesionistas para la atención adolescente.

Para el problema del embarazo no deseado y no planeado se tuvo especial énfasis en la etapa de salud reproductiva para las y los adolescentes en estricta confidencialidad. Lo mismo aplica para la planificación familiar como en adicciones. Por otra parte, las actividades de prevención con relación al VIH/SIDA desarrolladas por el gobierno se impulsaron especialmente por CENSIDA. Los medios de comunicación tomaron un papel importante (radio, televisión, periódicos) para el desarrollo de estrategias de prevención a través de espacios de comunicación telefónica para las dudas y orientación sobre la pandemia del VIH/SIDA, pensado particularmente para las y los jóvenes.

En general, las estrategias de comunicación global la consejería en prevención y detección del VIH en la realización de pruebas rápidas de 2da y 3ra generación, la distribución gratuita de condones; así como la consejería psicológica y legal. Además, de promover el uso del condón como método de prevención del VIH y otras ITS y el alentar desde la planificación

familiar para evitar los embarazos tempranos en la adolescencia. Aunque, otros mensajes televisivos y radiofónicos se dedicaban a informar sobre los nuevos especializados de jóvenes, pero desde un discurso de aplazamiento en la actividad sexual y desde la abstinencia en la planificación familiar.

Por ello, la salud sexual puede reconocerse tanto en el plano personal como en el de la sociedad. En el plano personal, hay una serie de comportamientos concretos que se han identificado como comportamientos que caracterizan a la persona sexualmente sana. Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2000) estos se presentan a continuación en la lista de Comportamientos de Vida del Adulto Sexualmente Sano:

- Afirma que el desarrollo humano del ser humano comprende el desarrollo sexual, el cual puede o no incluir la reproducción o la experiencia sexual genital.
- Valorar su propio cuerpo
- Establece y mantiene relaciones significativas
- Expresa su amor e identidad en forma apropiada
- Es responsable de sus propios actos
- Disfruta y expresa su sexualidad durante el transcurso de su vida
- Practica la toma de decisiones eficaz
- Es capaz de reconocer los comportamientos sexuales que realzan la vida y los que son perjudiciales para sí mismo o para los demás.
- Practica comportamientos que promueve la salud, tales como reconocimientos médicos regulares, autoexámenes de los testículos o de los senos, e identificación oportuna de posibles problemas.
- Expresa su sexualidad a la vez que respeta los derechos de los demás.

Estos son algunos de los comportamientos que se espera que tengan los jóvenes o adultos, por lo que es imprescindible generarlos como hábitos de la niñez, para que puedan llegar a ser adultos sexualmente sanos, además, puedan ejercer su sexualidad libre desde pequeños/as y que a su vez sepan que deben tener derechos sexuales.

Por lo que respecta a las Políticas Públicas de Salud Sexual y Reproductiva, es clara su orientación al tema de la planificación familiar y anticoncepción. Esto se comprueba con la revisión de los principales programas presupuestarios referentes a la salud sexual y reproductiva en los últimos veinticuatro años en México.

En la siguiente tabla se muestra las acciones en la política de salud sexual y reproductiva:

**Tabla 4**

*Políticas de Salud Sexual y Reproductiva en México*

<b>Nombre del Programa Presupuestario</b>	<b>Periodo</b>
Programa de Salud Reproductiva y Planificación familiar	1994- 2000
Programa de Acción Salud Reproductiva	2000- 2006
Programa de Planificación Familiar	2006 – 2012
Planificación Familiar y Anticoncepción	2012 – 2018

*Nota:* Elaboración propia a partir de información recopilada del documento Programa de Acción Específico Salud Sexual y Reproductivo (2020).

El programa sectorial de salud que culminó en 2018 confirma como se privilegiaron las políticas dirigidas principalmente a mujeres, adolescentes, jóvenes y grupos vulnerables.

En el actual mandato sexenal 2018 – 2024, los programas de salud sexual y reproductiva privilegian la planificación familiar, la anticoncepción y la prevención de embarazo en adolescentes, y la prevención del VIH/SIDA e ITS en jóvenes y adolescentes.

### **Políticas públicas de salud en consumo de sustancias psicoactivas**

El consumo de sustancias psicoactivas es actualmente un fenómeno complejo que no solo compete a la salud pública de las personas que consumen, sino que repercute de manera importante en el terreno político, económico y social. Hoy en día, las adicciones es un fenómeno que se puede representar en casi todas las generaciones y sectores de la población, pero

principalmente por las y los jóvenes que son los principales consumidores de sustancias psicoactivas y mismos que son estigmatizados por la misma sociedad (Domínguez, 2016).

El uso de sustancias psicoactivas en el mundo es una realidad enorme que va creciendo, desde la década del siglo XX, ha imperado una logística prohibicionista y punitiva. Las políticas prohibicionistas han reforzado los mercados ilícitos, fracturando regiones y poblaciones que se corrompen por la corrupción e inseguridad. Además, las estrategias punitivas sólo han hecho que el número de personas vaya en aumento en el consumo de sustancias y con ello el uso problemático de éstas mismas.

Desde el prohibicionismo se ha usado como marco amplio para la construcción de políticas públicas que enmarcan la criminalización como estrategia de implementación de mecanismos de control social (Bencomo y Pineda, 2021). Reconoce que el implementar políticas desde la prohibición ha causado mayores determinantes directos en los riesgos potenciales y los impactos no deseados a la salud asociados a usos problemáticos de sustancias psicoactivas ilícitas en mercados clandestinos.

Según Bencomo y Pineda (2021), en el modelo prohibicionista que busca la abstinencia a cualquier costo, se comprometen los derechos de las personas, por lo que se permiten y justifican fenómenos de abuso de autoridad y violación de derechos humanos en centros de tratamiento de adicciones. En estos espacios sanitarios y la política de abstinencia legitiman internamientos involuntarios, violencia, abusos y tortura en diferente grado como parte de la oferta de servicios para atender los usos problemáticos de adicción e intoxicación.

Estas políticas de criminalización y persecución de personas usuarias de sustancias psicoactivas han afectado, principalmente a personas jóvenes consumidoras o no consumidoras de sustancias, personas en situación de marginación, falta de recursos y vulnerabilidad. El Informe Mundial de Drogas (2020) de la UNODC muestra un aumento en el consumo de sustancias psicoactivas en todo el mundo, compara las cifras de 2009 de 210 millones de consumidores que representa 4,8% de la población mundial de 15 a 64 años, frente a 269 millones en 2018, 5.3% de la población.

En 2019, el mismo informe reportó que 31 millones de personas que consumen drogas recreativas padecen trastornos derivados de ello, lo que significa que 11.2 % de la población que usa estas sustancias psicoactivas tiene un consumo perjudicial para su salud y requiere tratamiento. Recientemente, el desarrollo y la sofisticación del mercado ilícito de drogas ha

generado diversos fenómenos como la presencia de compuestos adulterantes o sustitutos de dichas sustancias.

También esto ha generado un impacto dentro del mercado negro de drogas, la fabricación de Nuevas Sustancias Psicoactivas (NSP). Las NSP son un grupo de sustancias sintéticas o mejor llamadas coloquialmente “drogas de diseño”, es decir, que se han fabricado para escapar y ocultarse de las listas de fiscalización internacional y satisfacer la demanda de sustancias psicoactivas con nuevos compuestos legales. Estas sustancias han dado un salto al mercado negro para su comercialización, sin embargo, su fabricación no se sustenta bajo ningún estudio científico, lo que genera importantes riesgos debido al desconocimiento de sus dosis y efectos a mediano y largo plazo en las personas que las consumen (Bencomo y Pineda, 2021; Domínguez, 2015, Huerta, 2018).

El incremento acelerado de las Nuevas Sustancias de Diseño ha impactado en los diversos foros especializados de drogas a nivel internacional. Por lo que, la Oficina contra las Drogas y Delito de Naciones Unidas (UNODC) tomó la postura de abrir una agencia especial de monitoreo a nivel mundial de sustancias psicoactivas de diseño.

### **Instituciones internacionales que dictan las políticas de drogas a nivel mundial**

La política internacional sobre las drogas está regida por los Tratados de Fiscalización Internacional de Drogas. La lógica de los tratados y la vigilancia de su aplicación por parte de los Estados se encarga a la Comisión de Estupefacientes y a la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes en lo que concierne. Los tratados analizan la complejidad de problemas de salud pública y los problemas sociales provocados por las drogas. En ellos se hace énfasis en las medidas de reducción de la demanda y de prevención, juntamente con las encaminadas a controlar la oferta de estupefacientes y sustancias psicotrópicas.<sup>3</sup>

Las recomendaciones internacionales proponen que deben sostenerse como procesos activos, tendiente a modificar y fortalecer los estilos de vida saludable, fomentando el autocontrol, el autocuidado y la resistencia en el consumo de drogas. Parte de los objetivos es retrasar la edad de inicio en el consumo, limitar el número de sustancias, evitar la transición de sustancias

---

<sup>3</sup> International Narcotics Control Board, Prevención Primaria del uso indebido de drogas, reporte anual español, publicado en 2009, página 1. Consultado en 2023 en: [https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/Thematic\\_chapters/Spanish/AR\\_2009\\_S\\_Chapter\\_1.pdf](https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/Thematic_chapters/Spanish/AR_2009_S_Chapter_1.pdf)

al abuso y la dependencia, y potenciar los factores de protección entre las personas, específicamente entre grupos vulnerables. Propiciar y mantener acciones sociales proactivas a favor de una cultura libre de consumo.

En la Declaración sobre los principios rectores de la reducción de la demanda de drogas de 1998, se establece que los esfuerzos por la reducción de la demanda deben estar integrados en políticas de bienestar social y fomento de la salud y en programas de educación preventiva de más amplio espectro.

Se establecieron tres niveles de atención a la salud: prevención primaria, secundaria y terciaria: Primaria, está orientada hacia los grupos de personas que no consumen drogas o que las consumen en menor grado. Secundaria, se aplica a las personas que consumen preferentemente drogas, pero que no son farmacodependientes. Tercero, programas de tratamiento que atienden a personas con diagnóstico de farmacodependencia.

Los organismos internacionales y sus instituciones que fiscalizan las drogas son las siguientes:

- Junta internacional de fiscalización de estupefacientes (JIFE)
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD)
- La Organización de los Estados Americanos
- Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD)
- Organización de la Naciones Unidas
- Organización Mundial de la Salud (OMS)
- Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización de Drogas

Estas instituciones y organismos internacionales son las que determinan, dictan e influyen en las políticas de drogas a nivel mundial, tanto para el combate de la oferta como para disminuir la demanda, los países miembros de la ONU y OEA están sujetos a implementar y cumplir con las recomendaciones dictadas por estas instituciones, respetar los tratados internacionales respecto al tema de sustancias.

Los países que son miembros se reúnen para debatir y discutir sobre la situación los modelos que aminoren los daños generados por la producción, distribución, comercialización y

consumo de estas sustancias psicoactivas en sus países, de esta discusión salen los programas, acuerdos y tratados que están rigiendo en la política pública.

Durante los últimos años a nivel mundial se ha estado generando un fuerte cambio sobre la tendencia de la regularización y legalización del Cannabis que está supervisado por el Estado y que forma parte del cambio de paradigma que busca modificar la política denominada “guerra contra las drogas” que se ha centrado en un combate contra el crimen organizado, especialmente contra el narcotráfico.

### **Política de drogas: Enfoque prohibicionista en México**

A finales del siglo XIX y a principios del siglo XX en México, el consumo de drogas como la cocaína y la marihuana y otras sustancias psicoactivas no era mal visto en la población mexicana, pues, varias medicinas y productos farmacéuticos se podían conseguir en las farmacias y/o establecimientos sanitarios y en mercados públicos.

En 1923, se prohibió el tráfico de drogas por primera vez en México y en especial de Estados Unidos. En 1931, en el Código Penal Federal (Cámara de Diputados del Congreso de la Unión, 2008) se introduce por primera vez la prohibición general de sustancias psicoactivas. Dicha argumentación de la prohibición se justificó bajo la narrativa de que el consumo de sustancias psicoactivas era un vicio que sólo envenenaba a la sociedad.

En México, durante muchos años esto ha provocado que dicha categorización se haya interiorizado en el tejido social a tal punto que si se llega a consumir dicha sustancia ilegal se ha relacionado con el crimen, la inseguridad y la violencia. Por lo que, durante las políticas públicas impulsadas por el Estado, se han divulgado con el discurso prohibicionista para justificar el cuidado de la salud entre la población. Sin embargo, durante la historia en la política prohibicionista en México sobre el consumo de drogas jamás ha funcionado para erradicar la compraventa y consumo para la protección de la salud pública (Chica, Juárez y Canillo, 2019).

La categorización, se ha construido a través de la historia del uso de ciertas sustancias psicotrópicas consideradas de uso cotidiano que estaban conectadas con lo místico y espiritual. No obstante, a través de las políticas públicas impuestas por el Estado mexicano aplicó una violencia simbólica hacia la sociedad.

Dichas medidas de corte prohibicionista y excluyente fueron abordadas por el Estado con el fin de erradicar y/o disminuir dicho fenómeno al consumo de drogas, esto provocó una construcción social en el colectivo social un estigma en las personas que son consumidoras de drogas recreativas, clasificándolas como consumidores enfermos/as y criminales.

Durante el mandato del expresidente Lázaro Cárdenas, el Departamento de Salud Pública adoptó una política que se alejó del argumento prohibicionista tratando a las personas que usaban y consumían estas sustancias como pacientes y no como criminales. Sin embargo, uno de los gobiernos que repudió y criticó esta propuesta fue Estados Unidos, gobierno que presionó para suspender el comercio de productos farmacéuticos entre los demás países de Latinoamérica. Por lo que, ante la presión del gobierno y las farmacéuticas estadounidenses, México vuelve a retomar la política con enfoque prohibicionista.

En 1947, la política pública con enfoque prohibicionista se hizo más precisa al adoptar penas altas. Consecuentemente, en 1983 se modificó la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos con mayor precisión el artículo 4° donde se incluye el derecho a la salud como una prioridad estatal. Estas políticas prohibicionistas manifestaron poca eficacia en cuanto a la disminución del consumo de sustancias psicoactivas.

En la actualidad, dichas políticas prohibicionistas continúan basándose en fundamentos científicos biologicistas y legales represivas. Este enfoque biologicista pretende descartar desde otras teorías sociales modelos explicativos sobre el consumo de sustancias con una mirada alternativa que contempla la gestión responsable del uso responsable de sustancias psicoactivas y que rechacen la mirada de la guerra contra las drogas. Consecuentemente, el estado mexicano utilizó la disciplina médica y jurídica para influir en los controles ejercidos por el mismo gobierno, el discurso médico clasificó las sustancias psicoactivas como prohibidas, insanas, las relaciono con el crimen organizado, adicciones, ilegal e inmoral.

En México, se ha adjudicado el consumo de ciertas drogas recreativas (sustancias psicoactivas) a un grupo minoritario de la población cómo; indigentes, personas en situación de calle, personas con problemas de adicción, personas marginadas, personas que son sexoservidoras, (Astorga, 2015), creando un estigma social. Por lo tanto, estas políticas prohibicionistas impuestas por el Estado mexicano han incrementado el mercado negro de las organizaciones delictivas (carteles) y, es en este sentido que estas políticas públicas han impactado en su aplicación en México con efectos devastadores. Varias políticas públicas, han

fracasado por proteger la salud pública o individual, y en cambio, han carcomido a las instituciones del Estado.

Retomando el concepto de Bourdieu, el Estado genera estructuras mentales que conducen a perpetuar el sentido común de la realidad e interioriza sistemas de clasificación que son incorporados en las prácticas sociales de la vida común y se asumen como naturales.

Las personas consumidoras de drogas no han sido principalmente quienes ha reproducido el discurso prohibicionista, sino los agentes que afirman que el consumo de sustancias psicoactivas -es malo, porque está mal o porque así es-, y es así que se asumen como un discurso naturalizado y que por ende se encuentra prohibido.

En México se rige desde un marco normativo de las acciones y de las instituciones federales, estatales y municipales y se acatan en los sectores públicos y privados, que a su vez se encuentran obligados a incorporar este marco en los diferentes programas que operen en territorio nacional con el objetivo de que se favorezcan estrategias que tengan como base la prevención, la atención a las adicciones y el control de sustancias psicoactivas.

### **Instituciones Federales encargadas de la Prevención en consumo de drogas en México**

Las instituciones federales en materia de prevención en consumo de drogas o que tienen programas entrelazados en materia de drogas en México son:

La Secretaría de Salud a través de la Comisión Nacional Contra las Adicciones (CONADIC), tiene la función de promover y proteger la salud de las y los mexicanos/as, mediante la definición y conducción de la política nacional, en materias de investigación, prevención y tratamiento, formación y desarrollo de recursos humanos para el control de las adicciones, con el propósito de mejorar la calidad de vida, individual familiar y social.

*El CONADIC* es el encargado de promover a nivel federal lo que respecta en materia de adicciones y prevención, esta comisión se encuentra alineada con las expresiones que, tanto el Plan Nacional de Desarrollo 2012- 2018, como el Plan Nacional de Salud para el mismo periodo precisan las visiones que orientan, el que hacer de quienes trabajan en el Gobierno Federal, y en la Secretaría de Salud.

*La Secretaría de Educación Pública*, tiene una participación importante y primordial en materia de prevención de adicciones en adolescentes, en correlación con otras instancias del

gobierno cómo la Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones [CONASAMA] antes era [CONADIC] y el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, Centros de Integración Juvenil A.C. etcétera. En conjunto, realizan programas de intervención para la prevención de adicciones en la educación básica y media superior. Estos programas son manuales que son especialmente para las y los docentes en servicio.

*Centro Nacional para la Prevención y Control de las Adicciones (CENADIC)*, este centro también pertenece a la secretaría de salud pública junto con el CONADIC, tiene como misión promover la coordinación de los sectores público, social y privado para lograr una red de servicios integrales de prevención, tratamiento, rehabilitación y reinserción de las adicciones.

Centros de Integración Juvenil A.C. Esta asociación civil es no lucrativa, incorporada al Sector de Salud fundada en 1969, con el objetivo de atender el consumo de drogas entre las y los jóvenes, que aquellos años de los 60's y 70's comenzaba como un problema de salud pública. Esta asociación es la encargada de trabajar con el gobierno para diseñar los programas de prevención y tratamiento de adicciones.

Estas instituciones públicas a nivel federal son las principales responsables de diseñar e implementar los programas federales en materia de prevención al uso de sustancias psicoactivas "drogas" a nivel federal en México.

### **Red de Atención pública a las drogodependencias en España**

En España hay organismos adscritos que pertenecen a La Delegación Del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas (DGPNSD) y se concentra en el órgano directivo del Ministerio de Sanidad, adscrito a la Secretaría de Estado de Sanidad, por lo que a continuación se enmarca brevemente los organismos públicos:

El Consejo *Español de Drogodependencias y Otras Adicciones (CEDOA)* es el órgano colegiado de carácter público, consultivo de coordinación de participación, adscrito al Ministerio de Sanidad. Es un Consejo colectivo que toma decisiones importantes y claras sobre las políticas públicas en materia de reducción de drogas y en la prevención y el tratamiento de los problemas relacionados con las adicciones.

España cuenta con un conjunto diversificado y plural de centros y recursos de atención en el conjunto de las comunidades y ciudades autónomas (CC. AA). Estos centros son públicos

o privados (en este último caso financiados por las Administraciones Públicas y debidamente acreditados).

Existen tres niveles diferenciados de atención con base en la especialización de los distintos recursos:

- a) Recursos de primer nivel: Son la principal puerta de entrada al sistema donde se atiende al paciente, es el conjunto de las CC.AA. En este primer nivel varía de comunidad en comunidad o ciudad autónoma a otra. Sus principales objetivos son, entre otros, la detección, captación, motivación, atención inicial básica y derivación de los pacientes a servicios más especializados. En este nivel, se incluyen los centros o equipos de atención primaria o los recursos de reducción del daño.
- b) Recursos de segundo nivel (centros comunitarios de asistencia). Se trata de centros que prestan atención personalizada en régimen ambulatorio. Estos recursos pueden plantear objetivos de abstinencia, u otros de carácter intermedio y dotarse de diferentes estrategias y modalidades de intervención.
- c) Recursos de tercer nivel, Son recursos de alta especialización, esto es en centros o espacios especializados en el tratamiento a personas con trastornos adictivos.

En este sentido, la visión de la Estrategia Nacional sobre Adicciones (ENA) 2017-2024 pone el acento en la reducción de daños para conseguir una sociedad más saludable y segura. El Consejo Español de Drogodependencias y otras Adicciones como órgano de participación de estos actores en el diseño, implementación y evaluación de políticas sobre adicciones, ya que un reto a largo plazo supone construir entre todos una hechura de excelencia, y de calidad y de buena gobernanza en prevención.

Con la finalidad de seguir con el Plan Nacional de Drogas y continuar en la tradición de favorecer la máxima participación en el desarrollo de las políticas de lucha contra las adicciones, se creó en el 2016 el *“Foro Técnico de las Adicciones de la Ciudad de Madrid”* donde se incluyó varias instituciones públicas como organizaciones no gubernamentales.

El funcionamiento de este foro surgió de cinco Comisiones de trabajo, de carácter técnico, que han abordado los temas con mayor necesidad de coordinación: Intervención familiar, adolescentes y jóvenes, drogodependientes sin hogar, etcétera. El cuadro siguiente es una recopilación de los integrantes y de los trabajos realizados.

A continuación, se muestra el siguiente ejemplo en la figura:

**Figura 2**

 <b>FORO TÉCNICO DE LAS ADICCIONES</b> Plan de Adicciones de la Ciudad de Madrid 2011-2016		
COMISIONES	INTEGRANTES	TRABAJOS REALIZADOS
<b>1ª. Intervención familiar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Instituto de Adicciones</li> <li>- DG Familia, Infancia, Educación y Juv.</li> <li>- Fermad</li> <li>- Cruz Roja</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Cuestionario</b> dirigido a profesionales CAD, CCAD y EESS.</li> <li>- <b>Encuentros Técnicos</b> sobre Atención Familiar Municipal.</li> <li>- <b>Difusión:</b> Tríptico informativo para difusión servicios prestados.</li> </ul>
<b>2ª. Adolescentes y jóvenes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Instituto de Adicciones</li> <li>- Instituto de Salud Pública</li> <li>- DG Familia, Infancia, Educación y Juv.</li> <li>- Policía Municipal</li> <li>- Fermad</li> <li>- Cruz Roja</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Protocolo</b> colaboración menores con intoxicación aguda por alcohol y/u otras drogas (SAMUR-PC, SAMUR Social, Policía Municipal, Instituto de Adicciones).</li> <li>- <b>Programa</b> marco Municipal de Prevención de conductas adictivas en el ámbito escolar.</li> <li>- <b>Borrador protocolo</b> de Agentes Tutores para el tema de sanciones.</li> </ul>
<b>3ª. Drogodependientes sin hogar y otros colectivos en riesgo de exclusión social</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Instituto de Adicciones</li> <li>- Madrid Salud, Dpto. Eval. y Calidad</li> <li>- APN Madrid</li> <li>- DG Igualdad entre Mujeres y Hombres</li> <li>- Fermad</li> <li>- Cruz Roja</li> <li>- Cáritas</li> <li>- Samur Social</li> <li>- Faciam</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Procedimiento</b> para la atención a personas sin hogar con problemas de alcoholismo o de otras drogodependencias.</li> <li>- <b>Red</b> de atención municipal de adicciones y de personas sin hogar.</li> </ul>
<b>4ª. Integración social y empleo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Instituto de Adicciones</li> <li>- DG Mayores, Atención social, I.S. y A.E.</li> <li>- Agencia para el Empleo</li> <li>- Fermad</li> <li>- Cruz Roja</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Protocolo</b> de coordinación entre Centros Servicios Sociales y los CAD.</li> <li>- <b>Certificado</b> de exclusión social.</li> <li>- <b>Talleres</b> de formación y empleo (TFYE) de jardinería y viverismo.</li> <li>- <b>Acuerdo</b> de colaboración entre Agencia para el Empleo y el Servicio de Orientación Laboral.</li> </ul>
<b>5ª. Perspectiva de género en drogodependencias</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Instituto de Adicciones</li> <li>- DG Igualdad entre Mujeres y Hombres</li> <li>- Policía Municipal</li> <li>- Fermad</li> <li>- Cruz Roja</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Protocolo</b> de coordinación entre los distintos recursos implicados.</li> <li>- <b>Estudios</b> sobre mujeres con problemas adictivos (CAD Latina, CAD Villaverde).</li> </ul>

*Nota:* Foro Técnico de las Adicciones, [ilustración] del documento Plan de Adicciones de la Ciudad de Madrid 2017

Es aquí donde se pone en manifiesto la importancia de investigar la práctica del chemsex, no tratándolo como si fuera una conducta causada por el consumo de sustancias, sino entendiéndola como una práctica problemática dentro del aspecto de la sexualidad humana y que las acciones de política pública en México no han sido las más adecuadas con un enfoque prohibicionista. Por lo que, las acciones de política pública de salud en España han sido favorables apegándose al marco de derechos humanos y a la gestión del placer desde la perspectiva de reducción del daño.

Una vez precisado la perspectiva teórica sobre las políticas públicas de salud sexual y de las políticas de salud en consumo de sustancias psicoactivas es pertinente la articulación con la política educativa comparada, para sustentar el análisis comparado entre las acciones u omisiones de la política pública de salud entre México y España. Para desarrollar este análisis desde las políticas públicas con el enfoque de la educación comparada se extiende de manera detallada en el siguiente apartado.

### **Metodología de la educación comparada**

La investigación comparada sobre las políticas públicas ha facilitado la demarcación de un campo de estudio apoyado, respaldado en gran medida, en perspectivas eclécticas de enfoques y métodos de las ciencias sociales, apoyándose de otras disciplinas del conocimiento de las ciencias políticas, como la sociología, antropología, la economía y las humanidades. Desde esta posición, se sitúa una compleja y significativa relación entre el conocimiento socioeconómico, la política y la educación. En este sentido, y por consiguiente sobre el estudio de las políticas educativas desde una perspectiva metodológica comparada.

Como ya se había mencionado anteriormente, las conceptualizaciones sobre las políticas públicas y el ciclo de estas mismas, pasamos a la tercera, la de política educativa. En el caso específico de la investigación comparada sobre las políticas educativas, una mirada que presta atención a las dinámicas de flujos y contraflujos ayuda a comprender un panorama de búsqueda en la implantación de estrategias y que esto no es un proceso independiente, sino, parte de un tejido articulado de procesos de políticas públicas en el que se va configurando de una política particular.

La política educativa alude también a la capacidad de los gobiernos para sostener, elaborar estrategias y direccionar la actividad de Estado hacia el logro de los objetivos propuestos. Se hace la capacidad de definir y legitimar un horizonte para la política, así como utilizar de manera adecuada los procesos necesarios para transformar la realidad educativa en función de dicho horizonte. Como ya se señaló, la política educativa engloba al conjunto de acciones orientadas a mantener al sistema operando día a día y dotarlo de los recursos para su sostenimiento, aplicación y mejora.

Bajo esta lógica de comprensión, desde los ejes de la globalización para el estudio de la hechura de las políticas educativas ha resultado una ayuda en las investigaciones de corte comparativo. Por lo que, basta recalcar que las agendas de políticas globales de las últimas décadas han repercutido en la definición de objetos de investigación comparada en educación,

y que ha servido de apoyo a las estrategias de desarrollo socioeconómico en distintos países del mundo.

De acuerdo con Bereday (1964) la educación comparada puede desarrollar un corpus teórico y a la vez auxiliar a los responsables de las políticas públicas a través de vías como:

- a) El análisis de alternativas a los cursos de acción en función de la experiencia internacional.
- b) La descripción de los cursos de acción y programas ejecutados gracias a la observación y el análisis de los resultados de diferentes experiencias en distintos contextos nacionales, regionales o jurisdiccionales.
- c) La provisión de un corpus de datos descriptivos y también explicativos que faciliten la comprensión de las prácticas y procedimientos desarrollados desde un punto de vista global y no solamente local.
- d) El auxilio teórico y empírico para el diseño y formulación de reformas educativas.

Existen procesos de globalización y cada vez más fuertes incidencias que poseen las organizaciones gubernamentales internacionales y/o regionales, las organizaciones gubernamentales, las empresas transnacionales y las redes mundiales de educación. Tal como sostiene Verger (2019), la globalización ha tenido múltiples efectos sobre la política educativa ya que ha generado nuevos problemas como el aumento del intercambio de ideas sobre reformas escolares y universitarias, por lo que ha generado esto un cambio en la conformación de redes transnacionales y en los cambios de los procesos de políticas educativas.

Por otra parte, la construcción de la educación comparada como campo metodológico se ha desarrollado a lo largo de la historia de forma paralela a la posición del estado – nación como principal unidad de análisis, enfocando tradicionalmente los estudios hacia la comparación entre países, entre determinadas áreas geográficas o investigaciones en las que el foco central recaía sobre un solo país (Verger, 2019; Epstein, 2019; García, 2012).

En este sentido, la metodología de la política educativa comparada recupera el enfoque de educación comparada, que es un campo que tiene su propia historia y sus propios bordes,

pues depende y tiene lazos fundamentales como los campos de la historia, la filosofía y las ciencias sociales (Epstein, 2019.p.9).

Una investigación desde la perspectiva de la educación comparada puede dar a conocer la circulación y las manifestaciones, tanto locales como regionales de ideas acerca de la administración, la evaluación, la escuela y el currículo, los contenidos, los saberes y sus cambios a través del tiempo (García, 2012).

El método comparado de Bereday (1964), planteó el campo en términos de estudio de área, es decir el método de análisis comparado en la educación, organizado en cuatro pasos: descriptivo, interpretación, yuxtaposición y comparación simultánea. Por lo tanto, la composición de la descripción e interpretación se profundizará durante el desarrollo de los siguientes capítulos de la investigación, para dotar de sentido la fase de la yuxtaposición y la comparación. Esto implica que el objetivo de la yuxtaposición es establecer un *tertium comparationis*<sup>4</sup>, y formar criterios que deben hacer sobre las comparaciones para que sean válidas y verificar la hipótesis (supuesto).

Finalmente, esta investigación de enfoque comparado, donde la realidad se construye a partir de la comparación y el entendimiento de la otredad (culturas, países o regiones, subsistemas y hechos educativos) en una lectura del contexto histórico cultural y la participación de los sujetos frente a la transformación de la realidad.

El siguiente capítulo se ahondará en la contextualización del chemsex a través del análisis documental, descriptivo desde varios documentos oficiales, nacionales e incluso internacionales que dan sentido a la parte de la descripción en este método de la educación comparada.

---

<sup>4</sup> *Tertium comparationis* es una frase en latín que significa tercer elemento de comparación”, pero puede ser traducida como “los términos de la comparación”.

## Capítulo II. Chemsex: Sustancias psicoactivas en la sexualidad

En este capítulo se presenta un breve recorrido del estado del arte sobre lo que se ha investigado sobre el fenómeno del chemsex, con la finalidad de describir detalladamente sobre cada una de las sustancias psicoactivas y lo que consiste cada una de ellas en las prácticas sexuales de riesgo dentro del chemsex.

Es importante contextualizar que el consumo de drogas y su asociación a las personas heterosexuales y a la comunidad de la diversidad sexual, específicamente desde la relación hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH) no es precisamente nuevo. Asimismo, precisar sobre el enfoque de reducción de daños en la salud sexual; que articula el cruce analítico con los siguientes capítulos centrados en las fases de la política pública y la educación comparada.

Este segundo capítulo se relaciona con la descripción e interpretación con el cruce comparado entre México y España se destaca la producción investigativa sobre estudios del chemsex, especialmente desde el 2016 hasta el 2023 entre ambos países.

### El fenómeno del Chemsex

El fenómeno titulado chemsex surge en Estados Unidos como cualquier otra corriente y no es hasta principios del año 2012 que empieza a surgir en Reino Unido. Se puede definir como el consumo de sustancias psicoactivas en entornos de ámbito sexual y con mayor frecuencia en la población homosexual masculina (Coll, 2016; Fernández, 2016; Huerta, 2018; Mendoza y López, 2022). El chemsex es una palabra anglosajona que combina dos términos: chem y sex, que en español se define como (sexo químico) y que describe la experiencia sexual bajo los efectos de sustancias psicoactivas, que se ingieren durante antes o durante el acto sexual, ya sea por vía intravenosa o por vía oral.

No todo consumo de drogas es definido como una práctica de chemsex. Existen otros tipos de consumos de drogas en encuentros sexuales, como la prostitución femenina y sus clientes, lugares de encuentro con parejas swingers<sup>5</sup> o en el intercambio de parejas, etcétera. Sin embargo, cada uno de estos colectivos tiene características y circunstancias epidemiológicas y culturales distintas, y por lo tanto los comportamientos sexuales son muy distintos a la práctica

---

<sup>5</sup> Se denominan swingers a aquellas personas que mantienen una relación de pareja estable que mantienen relaciones sexuales consentidas por parte de ambos miembros de la pareja con otras parejas (Hurtado y Serna, 2011).

de chemsex. Éste último, es un tipo de particular de consumo de sustancias con fines sexuales vinculados a la cultura sexual gay (Coll, 2016).

### **Aproximación al fenómeno – Estado del Arte**

En el caso de México la falta de datos epidemiológicos disponibles sobre el tema se convierte en uno de los problemas para establecer intervenciones prioritarias de políticas de salud para el fenómeno del chemsex (Mendoza y López, 2022). Algunas investigaciones que se han hecho en países europeos (Holloway, Pulsipher, Barman – Adhikari, 2015; Zou y Fan, 2016), se han centrado en el consumo de sustancias psicoactivas durante la práctica sexual, se han mantenido desde un enfoque sistémico en cuanto a la distribución desigual de los recursos a lo que los consumidores podrían alcanzar en materia de atención a la salud.

Los estudios que ubican al consumo de sustancias en las prácticas sexuales lo denominan con la categoría de “chemsex o sexo químico” (Fernández, 2016; Coll, 2016; Huerta, 2018; Mendoza y López, 2022). En el caso de España, desde el año 2016 han surgido un gran número de investigaciones acerca del fenómeno del chemsex, según datos del “Ministerio de Sanidad de ese país a reportado en el Documento Técnico Abordaje del Fenómeno del Chemsex” (2020), España se coloca como el territorio con más producción del tema en habla hispana. Específicamente, el autor Fernández Dávila se ubica como uno de los investigadores que más se ha adentrado al tema de las prácticas sexuales de riesgo y drogas.

En el 2016, Fernández definió el chemsex como el uso intencionado de drogas y lo conceptualizó en un uso problemático (dependencia y adicción en la vida cotidiana) y un uso no problemático (uso esporádico). Siguiendo este tenor, el autor realizó un estudio de carácter cualitativo y comparativo con personas heterosexuales y homosexuales practicantes del chemsex, en donde la categoría de “significado de una expectativa familiar” representó un freno para este tipo de prácticas en las personas heterosexuales, por lo que el estudio sostenía la hipótesis central de que la población homosexual es más vulnerable al fenómeno del chemsex. De esta manera, se utilizó la categoría de hombres que tienen sexo con hombres (HSH) para referirlo como un grupo vulnerable que ha sido invisibilizado desde la prevención en la salud.

Fernández (2016), menciona que dentro de la comunidad de hombres que tienen sexo con hombres (HSH) se concentra el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) como las personas quienes son practicantes de chemsex y que son consumidoras de sustancias psicoactivas en su policonsumo. Además, la mayoría de las personas que llevan a cabo la práctica de chemsex

mostraban: aumento de la libido, facilitación de la desinhibición, prolongación de las sesiones e intensificación del placer sexual.

Consecuentemente, un factor de riesgo que predomina en las fiestas de sexo con drogas es el tiempo de duración de la práctica sexual y se afirma que a mayor tiempo son los riesgos o daños, es decir, puede presentarse irritación en la zona genital, sangrado, heridas y laceración de miembros genitales; que no se percibe por la reacción analgésica al estar bajo los efectos de las drogas recreativas y que se relaciona con la infección del VIH y otras ITS (Fernández, 2016, citado en López, 2020).

Constanza Jacques (2016), describe que hay un elemento más complejo e interesante, que es el propio placer y que está ligado al consumo de sustancias psicoactivas que conducen al daño y al peligro, a través de las prácticas sexuales de riesgo<sup>6</sup> durante el sexo. Se denomina prácticas sexuales de riesgo porque no hay uso del preservativo durante la penetración, lo que conlleva a una percepción del riesgo en la salud. Además, la participación de estos encuentros sexuales ha ido modificando el escenario de la sexualidad, ya que las drogas se han transformado, en algunos casos, en imprescindibles para mantener relaciones sexuales.

Lo anterior evidencia que vivimos en un contexto donde las redes sociales han facilitado la posibilidad de conocer parejas sexuales y que cada vez cobran más popularidad, el uso de dispositivos móviles como la utilización de aplicaciones (geolocalizadores), que dichas aplicaciones móviles de encuentro sexual permiten contactar con demás usuarios según su localización y cercanía geográfica.

En este sentido, algunos estudios han señalado que desde que se han popularizado estas aplicaciones de contacto, se han facilitado las relaciones sexuales y se han incrementado las prácticas sexuales de riesgo con el uso de drogas recreativas (Holloway, Pulsipher, Barman – Adhikari, 2015; Zou y Fan, 2016).

De acuerdo con Joseph Coll (2016), quien incorporó al análisis del chemsex, la connotación de no ser un fenómeno reciente, pero que sí había indagado sobre el cambio de hábitos ante el consumo, es decir, el aumento de muchos tipos de sustancias psicoactivas

---

<sup>6</sup> Aquellas prácticas sexuales que aumentan el riesgo de adquirir alguna infección de transmisión sexual (ITS) o que producen algún trauma directo al ano o recto. (CENSIDA, 2008; p. 24).

(sintéticas) y los lugares donde se llevan a cabo este tipo de encuentros sexuales con el uso y abuso de drogas.

Desde este punto, Coll (2016) abordó sobre los riesgos de la práctica considero “un mayor riesgo de infección del VIH y otras infecciones de transmisión sexual, problemas relacionados con la adicción a la sustancia, intoxicación, mala adherencia al tratamiento antirretroviral e infecciones farmacológicas para el caso de personas que viven con VIH” (p.78). Sin embargo, el autor, hace hincapié al asegurar que la práctica de chemsex era relacional a la transmisión del VIH.

Por lo cual, el siguiente año, Raúl Soriano (2017), realizó un estudio exploratorio con el acercamiento del chemsex y su estrecha relación con las aplicaciones de ligue o de encuentros gays; justamente está búsqueda de situar las sesiones de chemsex y la compra venta de sustancias psicoactivas por medio de estas aplicaciones de chat gay, el autor concluyó que la comunicación virtual era compleja e insostenible de identificar, dando paso a que el fenómeno del chemsex es un proceso dinámico que varía en cada ciudad de España y con cambios al paso del tiempo.

Por otra parte, Helen Dolengevich (2017), identificó que, en España en la ciudad de Cataluña la gran mayoría de los hombres jóvenes acuden a fiestas de chemsex. Asimismo, es una población con un alto nivel educativo y con un buen poder adquisitivo para la compra de sustancias psicoactivas con lo que buscan mantener relaciones sexuales por largos periodos de tiempo y con múltiples parejas sexuales. Además, la autora señala que la droga más utilizada en la práctica de chemsex en España es la Mefedrona<sup>7</sup> (MMC), que al estar bajo el consumo de cierta sustancia recreativa hace un cruce con las prácticas sexuales de riesgo. Por lo tanto, la desinhibición y excitación sexual provocadas por la ingesta de sustancias psicoactivas favorecen que las personas lleguen a realizar conductas sexuales de riesgo que pueden ser agresivas durante las relaciones sexuales.

En México, el fenómeno del chemsex ha sido poco estudiado. No obstante, algunos académicos han hecho investigación sobre el problema social del chemsex en México desde un punto de vista médico, principalmente por: Félix Iván Huerta Lozano (2018), Ricardo Baruch

---

<sup>7</sup> La mefedrona (MMC, metilmetcatinona) es un análogo sintético de la catinona, la sustancia psicoestimulante. Químicamente es un derivado de la feniletilamina (MDMA, éxtasis) y otros derivados anfetamínicos. A partir del 2008, el desabastecimiento de metilendioximetanfetamina convirtió a la mefedrona en una de las nuevas sustancias psicoactivas más populares y la alternativa legal al éxtasis, por sus propiedades euforizantes y entáctogenos (Papaseit, 2016; p.6).

Domínguez (2018) y Juan Carlos Mendoza Pérez (2022) que han identificado tres elementos significativos a partir de los cuales problematizan el consumo de sustancias psicoactivas en sesiones de chemsex, por ejemplo, determinadas prácticas sexuales de riesgo asociadas al consumo de drogas, el rol de las redes sociales y las aplicaciones de encuentros sexuales, asimismo, el problema con la automedicación de antirretrovirales.

Además, en Centros de Integración Juvenil A.C, (CIJ), en la divulgación sobre la prevención de las adicciones, se hace mención que la práctica de chemsex es de cierto perfil de usuario que consume sustancias psicoactivas, y que por lo general son hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH) y que han aumentado los casos de cierta práctica llamada “slamming” (sustancia psicoactiva utilizada en sesiones de sexo con drogas y que se inyecta por vía intravenosa).

En este tenor, otra de las publicaciones del CIJ en torno al chemsex, reporta que hay intervenciones cada vez más frecuentes con pacientes hombres homosexuales, que particularmente son usuarios de sustancias psicoactivas, para el Dr. González Cantú (2017), el chemsex es la práctica de relaciones sexuales usando un policonsumo de sustancias psicoactivas, particularmente en hombres que tienen sexo con hombres (HSH).

Desde los últimos años se han agregado otras sustancias psicoactivas como el crack, y sustancias sintéticas como la metanfetamina, el ácido hidroxibutírico (GHB) y la mefedrona. Por lo tanto, la combinación de estas prácticas de riesgo aumenta la complejidad en su identificación y tratamiento (SSA, 2017).

Por otra parte, Huerta (2018), reconoce que la preocupación para las autoridades sanitarias en México son los casos de personas que son portadoras del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). De acuerdo con el mismo autor, una de las preocupaciones es que las personas que viven con VIH y que acuden a fiestas de chemsex, suelen hacer combinaciones no convenientes con los antirretrovirales, por lo que conlleva a pensar desde qué puntos de vista se está atendiendo esta problemática y que amerita una atención superior por parte de las y los investigadores y expertos en la intervención de las adicciones.

Desde una línea sociológica, las personas que practican chemsex y viven con VIH tiene una mirada distinta, es decir, “este colectivo tiene un ciclo de vida diferente, una distinta forma de socialización” y por consecuente, otras formas de relacionarse y de establecer vínculos eróticos sexuales y afectivos” (Garín, 2016, p. 65).

En el año 2018, la Organización Mundial de la Salud [OMS] detalló que 36.9 millones de personas en todo el mundo están infectadas con el VIH, entre las cuales destaca que los HSH poseen 27 veces más probabilidades de infectarse con el virus (Carvalho, 2018). Ante esta situación, la práctica de chemsex es un problema de salud pública, debido a que existe un repunte en el número de personas que están en un mayor riesgo sexual asociado al policonsumo de sustancias psicoactivas (Hilbert, 2019).

Por otro lado, Ricardo Baruch Domínguez (2018), destacó que esta problemática denominada chemsex ha ido en aumento, principalmente en la comunidad gay urbanizada, como, por ejemplo, la ciudad de México, la ciudad de Guadalajara, la ciudad de Monterrey y la ciudad de Yucatán, etcétera. Asimismo, encasillando a la comunidad LGBTTTIQ a la libertad sexual, pero sobre todo al fácil acceso de las sustancias recreativas y articulado conocimiento de varias personas que saben del uso y efectos de dichas drogas.

Siguiendo la línea del autor, enuncia que el chemsex está ligado a la infección de VIH y sobre todo en hombres tienen sexo con hombres y mujeres transexuales. Por lo tanto, el autor contempla que la llegada del chemsex a México sin políticas de prevención ya pone a pensar que es un problema de salud, pues atenta contra la salud mental, problemas de adicción que pueden llevar a comprometer la salud y la sexualidad (Baruch, 2018).

En consonancia con esto, Jacques (2016) señala que las prácticas recurrentes al chemsex pueden tener graves problemas de salud, incluyendo un alto riesgo para la transmisión del VIH y otras infecciones de transmisión sexual como la hepatitis B y C. Asimismo, un consumo problemático de sustancias, que puede llegar a un policonsumo, problema de adicciones, problemas de la salud física como taquicardias, mareos, náuseas, pérdida de memoria, etcétera y de la salud mental, cómo miedo, tristeza, ansiedad y depresión, entre otras, por ejemplo, hipersexualización del ocio, reducción del rendimiento laboral o en lo académico.

El abordaje de los desafíos que abarca el fenómeno del chemsex en México plantea una situación particular en la salud pública, pues, requiere comprender la realidad de cada contexto social de cada lugar específico. Conlleva a pensar en la atención de los usuarios de drogas, los distintos tipos de actuar frente a las personas que realizan chemsex.

Además, de pensar que los servicios sanitarios, centros especializados en adicciones y/o organizaciones de ITS y servicios de la salud mental tienen que estar actualizados para poder apoyar a este tipo de población que requiera la atención, el apoyo e información adecuada para no poner en riesgo su vida ante la realización de chemsex.

Adicional a ello, es necesario cuestionar en México la política pública con enfoque de reducción del daño, pues, los modelos de abstinencia en nuestro país no han impactado en el éxito esperado por parte del Estado.

Además, es necesario pensar en herramientas que puedan tener un papel para canalizar las intervenciones de prevención y atención. Justamente, una de las estrategias de prevención es la recomendación de la realización de pruebas de ITS al menos una vez al año en personas que tienen actividad sexual.

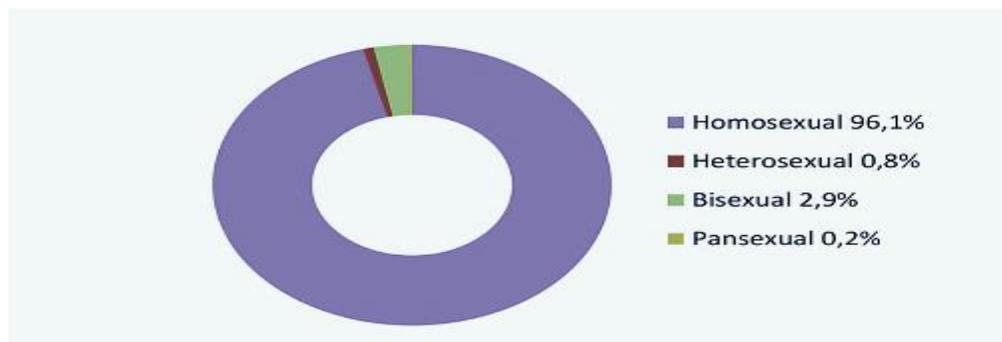
Por otra parte, para hombres que tienen sexo con hombres, que en su mayoría son personas que tienen relaciones sexuales de alto riesgo, se recomienda el cribado de VIH, sífilis, gonorrea y clamidia cada 3 a 6 meses y cada 12 meses en el caso del Virus de la hepatitis C (VHC). Desde una perspectiva de reducción de daños, la pastilla antirretroviral PrEP es una herramienta para valorar para quienes practican chemsex.

Ante este panorama, es necesario reforzar y desarrollar los sistemas de información y las herramientas de vigilancia epidemiológica, para poder obtener y analizar datos sobre el fenómeno del chemsex, sus causas y consecuencias y su impacto en la salud de las personas y en la salud pública.

Estas sustancias psicoactivas se han usado tradicionalmente en ambientes nocturnos como forma de desinhibición, ya no sólo en la población LGBTTTIQ, sino también en la población heterosexual (Coll y Fumaz, 2016). El incremento del consumo de drogas entre el colectivo LGBTTTIQ se sustenta bajo ciertas características asociadas a dicha cultura sexual.

Según datos expuestos en el documento *Aproximación al chemsex en España (2016)* se puede afirmar que el perfil consumidor es varón con edad entre los 25 y 35 años, considerando aquellos por debajo de ese rango como casos aislados, de orientación homosexual y con estudios de superiores de licenciatura y posgrado.

En el siguiente gráfico se muestra la prevalencia según la orientación sexual, exponiendo de nueva cuenta que se trata de un fenómeno que se da principalmente en hombres que tienen sexo con hombres (HSH). También se muestran los gráficos de prevalencia del chemsex según la edad y estudios de HSH para su mejor comprensión

**Gráfico 1***Prevalencia del perfil consumidor de chemsex en España*

*Nota:* Elaboración propia a partir de información recopilada de la Encuesta Sobre Chemsex en gays, lesbianas, bisexuales y transexuales en España (2016).

### **Motivos y causas de la práctica de chemsex**

El chemsex es un fenómeno que emerge debido a factores sociales y culturales, como la cultura gay, la globalización, las nuevas tecnologías e internet. El incremento del consumo de drogas dentro del colectivo LGBTTTIQ se sustenta bajo ciertas características particulares asociadas a dicha cultura, por ejemplo, la aceptación y naturalización que existe alrededor del consumo de sustancias psicoactivas y la prioridad del placer sobre la salud (Fernández, 2016; Jacques, 2015).

En este sentido, las razones que favorecen la práctica de chemsex se catalogan en dos vertientes. Por un lado, aquellas relacionadas con la situación sexual. Aquellas que se relacionan con situaciones personales o la búsqueda de satisfacer ciertas necesidades psicosociales (Fernández, 2017).

Las drogas permiten a aquellos que las consumen tener relaciones sexuales que desean, intensificarlas o incluso mejorarlas. Ante este panorama, las personas consumidoras de dichas sustancias las usan durante las relaciones sexuales para la activación de la libido sexual, potencializar las sensaciones placenteras, incrementar la confianza sexual y establecer lógicas de aceptación corporal bajo los efectos de dichas sustancias. Además, de abrir nuevas sensaciones y experiencias que facilitan una mayor intimidad.

En el caso de las fiestas sexuales, estos espacios ofrecen mucha variedad a la hora de experimentar las relaciones sexuales, pues, solo hay ciertas experiencias sexuales que se realizan en ese ambiente. Hay una mayor accesibilidad a hombres guapos y musculosos. Además, existe una mayor privacidad y se tiene acceso a las drogas de manera sencilla (Fernández, 2017). Por otra parte, la mayoría de hombres que acuden a estos espacios sexualizados son por las motivaciones es el interés de la satisfacción sexual.

Algunos factores que podrían dar sentido a esta relación entre el sexo sin protección y el chemsex son la hipersexualidad y la desinhibición que producen las drogas consumidas. Siguiendo la lógica de Ricardo Domínguez (2016) el uso del preservativo es muy poco común en las prácticas de chemsex y más entre individuos que son positivos del VIH.

Hay que tener presente que en muchas ocasiones la tendencia al consumo de drogas o a la realización de prácticas sexuales de alto riesgo se ve facilitada por diversos factores emocionales como la baja autoestima y el autocuidado del cuerpo. Por otra parte, el consumo de drogas ilícitas, las prácticas sexuales de riesgo sin preservativo con personas seropositivas, incluso a cambio de dinero por sustancias han sido ligadas a los factores emocionales causados por el abuso sexual infantil (Jacques, 2016; Huerta, 2018). No obstante, es muy poco frecuente y relevante con relación al chemsex como tal.

Según el Documento sobre chemsex publicado por el Ministerio de Sanidad por parte de la Organización Panamericana de la Salud (2020), en los principales hallazgos se analizaron los motivos que se encuentran detrás de estas prácticas, los autores coinciden y señalan que la búsqueda de experiencias más poderosas y placenteras. Y se destaca el efecto de las sustancias acentuando la intensidad del deseo, de la excitación, de los orgasmos, el mayor rendimiento sexual y el poder prolongar el tiempo de las sesiones sexuales.

Otros tipos de motivos referidos por los usuarios de para practicar chemsex, según el documento por el Ministerio de Sanidad (2020) son:

- Realización de fantasías
- Búsqueda de compartir espacios de intimidad con otros hombres y el deseo de experimentar situaciones estimulantes con el sexo en grupo.

- Aumento de la confianza sexual a la hora de ligar y de relacionarse con otros hombres en un contexto sexual, al sentirse físicamente más atractivos.
- Como forma de sentir pertenencia al grupo, o como alternativa para socializar
- Como vía de escape a situaciones personales difíciles o dolorosas
- Como estrategia para afrontar conflictos internos por la homosexualidad o sentimientos producidos por el estigma asociado a la infección por el VIH; siendo un medio para manejar la angustia o para mantener la estabilidad emocional.
- Para aliviar el sentimiento de soledad no deseada, muy particular en este colectivo.

El chemsex puede darse por tanto en personas que en ocasiones presentan ya algún nivel de vulnerabilidad previo, por ejemplo, tras haber sufrido homofobia, o estigma relacionado con el vih u otras experiencias traumáticas. Por eso es importante entender que se trata de un fenómeno complejo y multidimensional y que es complicado desvincular ciertas afecciones que se propician en la comunidad LGBTTTTIQ que es donde más afecta.

### **Las aplicaciones móviles (Apps) como facilitador en la práctica del chemsex**

El uso de las aplicaciones móviles en específico “apps” de contacto gay basadas en tecnologías de la geolocalización ocupa un lugar destacado entre los diferentes escenarios que actúan como facilitadores de la práctica de chemsex. Estas tecnologías facilitan mayormente la búsqueda de nuevas parejas sexuales a cualquier hora del día durante toda la semana, por lo que éstas aplicaciones se popularizaron rápidamente dentro de la comunidad LGBTTTTIQ.

De acuerdo con Raúl Soriano (2019) su estudio etnográfico realizado en España destaca que “Si bien el consumo de drogas para tener sexo no es un fenómeno nuevo en este colectivo, pueden destacarse una serie de elementos que progresivamente han modificado su expresión” (p.10). En este sentido, el desarrollo tecnológico de los smartphones ha determinado que las aplicaciones móviles funcionen como un nuevo sistema de comercializar y distribuir drogas en múltiples parejas sexuales a través de estas aplicaciones con geolocalización y abre nuevos códigos entre los usuarios para redefinir el consumo de sustancias por parte de los hombres que tienen sexo con hombres.

Si bien el consumo de drogas siempre ha existido y no es una problemática nueva, puede haber una serie de elementos que progresivamente ha modificado su uso:

- Incorporación del consumo de sustancias como la metanfetamina, la mefedrona y la ketamina.
- Incorporación a la vía de consumo inyectada.
- Desarrollo y proliferación del uso de nuevas TIC (tecnologías de la información y comunicación), como las APP (aplicaciones) basadas en sistemas de geolocalización.
- Expansión masiva del turismo gay, incluyendo fiestas privadas y lugares de encuentro sexual solo para hombres que tienen sexo con hombres.
- Desarrollo de nuevas subculturas de uso de drogas en contextos sexuales, teniendo en cuenta; la sexualización del consumo inyectado y la creación de un género de pornografía en torno al mismo.
- La proliferación de nuevos patrones de consumo de drogas en eventos sexuales de larga duración que han dado lugar al concepto de sesión.

Actualmente, las aplicaciones de contactos con geolocalización (Grindr, Wapo, Scruff, Moovz, etcétera), permiten planificar relaciones sexuales entre una o varias personas de manera prácticamente inmediata. Gracias a las nuevas tecnologías, es posible contactar con personas próximas interesadas en tener sexo en pareja o en grupo, decidir las sustancias que se consumirán y los proveedores que las suministrarán (Soriano, 2019).

A continuación, se explica de manera breve y detallada sobre las aplicaciones y el uso de códigos, símbolos y lenguaje coloquial sobre el contacto para el uso de sustancias psicoactivas en las redes sociales (APPS):

### Esquema 1

#### Lenguaje de las APP gay



*Nota:* Elaboración propia a través de información recopilada del Documento técnico sobre el chemsex (2020).

La globalización y el uso de las nuevas tecnologías y las aplicaciones de contacto sexual han jugado un papel crucial en el desarrollo del lenguaje (códigos, símbolos, emoticones) del chemsex, siendo en estas redes sociales uno de los espacios donde con más frecuencia, se puede encontrar esas expresiones.

Es importante reconocer y saber este tipo de expresiones en las redes sociales, pues cada vez se popularizan más en las apps de chat de ligue gay. Por lo que, tener conocimiento

de este argot es una competencia básica para el desempeño de cualquier actividad de prevención, sensibilización y atención a usuarios en este ámbito.

En este tenor, lo anterior mencionado se refiere a una subcultura de actores sociales que consumen drogas recreativas para después participar en actividades sexuales de alto riesgo dentro de este subgrupo.

Este subgrupo lleva a cabo orgías bareback<sup>8</sup> donde la mayoría de los hombres gays que asumen el rol de receptivo acuden a cierto tipo de fiestas, reuniones, saunas, casas de encuentros sexuales, lugares de cruising<sup>9</sup> etcétera, cuya finalidad es drogarse con el uso de sustancias recreativas como el cristal y la cocaína o poppers, dichas drogas se introducen al cuerpo vía intravenosa (práctica que se le conoce como slamming)<sup>10</sup> El placer reside en el sentirse usado, tratado como un objeto, una mercancía, y haber proporcionado placer sexual a otros.

En esta subcultura gay, hay ciertos códigos, simbologías, palabras determinadas que solamente unos cuantos sabe para identificarse y llevar a cabo orgías bareback, e incluso hay hombres gays que adoptan una conducta llamada “*bug chasers*”<sup>11</sup> que en español significa cazadores de bicho, es así que ellos mismos se autodenominan con ese nombre, lo cual conlleva a ciertas personas de la comunidad gay a buscar con su auto consentimiento el contagiarse a propósito de alguna Infección de Transmisión Sexual (ITS) o buscan el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).

Bajo esta misma lógica, hay quienes se autodenominan “*gift givers*”<sup>12</sup> en su traducción en español significa personas que regalan alguna ITS, es decir, en este tipo de encuentros de chemsex hay personas que buscan infectar y/o transmitir el VIH y varias ITS a propósito.

---

<sup>8</sup> Bareback es el término para denominar la práctica intencionada de penetración anal sin condón entre varones

<sup>9</sup> Cruising, término inglés que define a la actividad sexual en lugares públicos, como parques, playas o descampados.

<sup>10</sup> El *slamming* puede ser una experiencia placentera, euforizante y sexualmente estimulante que desinhibe la conducta sexual. Permite mantener sesiones de sexo más largas incrementando la confianza en uno mismo y la energía.

<sup>11</sup> El Bug Chasing (Caza del Bicho) trata de buscar a alguien con el virus VIH para infectarse. Sí amigos, como bien habéis leído en el título, esta práctica existe, y lo practican un número considerado de personas.

<sup>12</sup> Los gift givers son aquellos portadores del virus de VIH quienes están dispuestos a donar su virus a quien desee recibirlo (en este contexto, a un bug chaser).

A continuación, se muestra en la siguiente imagen el lenguaje y la simbología utilizada en las redes sociales por los bugchasers y gift givers:

## Imagen 2

*Lenguaje que se encuentra en las apps de chat gay*



*Nota:* Elaboración propia a través de información recopilada del Documento Técnico Sobre el chemsex (2020).

En los tiempos que corren, se sabe que los hábitos de socialización y comunicación han cambiado las formas tradicionales, para pasar a las nuevas tecnologías que se han hecho ya parte de la vida cotidiana. Con el chemsex, ocurre lo mismo, el anonimato en estas redes sociales permite la facilidad de comportamientos nuevos de lenguaje que subyace en la oferta, demanda y gestión de drogas y sexo con la utilización de una serie de códigos que emplean para ubicar ciertos contextos sexualizados en la práctica de chemsex. En el siguiente apartado, se continúa con la clarificación y la definición de las sustancias psicoactivas que predominan en las sesiones de chemsex, por ende, se entiende como las drogas recreativas que utilizan con mayor frecuencia por las personas consumidoras.

## Consumo de drogas recreativas y sexualizadas

Para empezar, se abre la pregunta ¿Qué es una droga? y creo que su definición puede ser muy amplia y variada para su debatir, pero trataré de ser lo más conciso posible para su entendimiento. Desde las ciencias de la salud, una droga es una sustancia química que afecta algún sistema o proceso fisiológico (Maté, 2019). Según la Organización Mundial de la Salud [OMS] la define como cualquier sustancia que afecte al sistema nervioso una vez introducida en el organismo que tenga el potencial de generar dependencia ya sea física o mental.

En definitiva, la aparición de nuevas drogas psicoactivas, como la mefedrona y la tina en algunos países europeos como es el caso e Inglaterra y España ha tenido un gran impacto en algunas características específicas en los encuentros de ligue gay que derivan a la práctica de chemsex (Fernández, 2016).

En el año 2011, en España la sustancia denominada mefedrona empieza hacer conocida y accesible en clubes de la comunidad LGBTTTIQ. Por lo tanto, este tipo de sustancia tiene efectos estimulantes y euforizantes que a diferencia de otras drogas como la marihuana o la cocaína, la mefedrona llega precisamente a exacerbar la libido y potencializar las relaciones sexuales, que esto provoca prolongar por más tiempo las sesiones de chemsex y que llega a ser las favoritas de hombres gays y otros hombres que tienen sexo con hombres por los efectos que causa esta sustancia.

Por otra parte, diversas sustancias y fármacos también son asociados a la práctica de chemsex incluyendo GHB/GBL (gammahidroxi butirato / gammabutirolactona), cocaína, poppers metanfetamina, ketamina, éxtasis /MDMA, y otros fármacos que favorecen la erección, entre otras, y siendo muy frecuente el policonsumo y la mezcla con el alcohol. Por lo que, algunas de estas sustancias proporcionan una mejora en cuanto a la resistencia del deseo sexual y la desinhibición durante las relaciones sexuales.

Otro punto que señalar, es el de diversos estudios a nivel nacional como internacional han evidenciado que es habitual el policonsumo de sustancias durante las relaciones sexuales de chemsex (Fernández, 2016; López y Mendoza, 2022; Huerta, 2018; Jaques, 2016; González, 2017). Existen interacciones específicas tipo droga/droga y droga/fármaco, que pueden hacer que se incremente o disminuya el efecto buscado y esto haga que se consuma en exceso (adicción). Esto puede favorecer la intoxicación grave con consecuencias físicas cómo episodios psicóticos, depresión, índices de suicidio, que se han observado con mayor frecuencia en personas que practican el slamming, además del policonsumo de sustancias.

Asimismo, el policonsumo de sustancias con efectos contrapuestos permite que la sesión se prolongue en el tiempo, lo que puede favorecer la aparición de lesiones en mucosas por prácticas sexuales de larga duración y más lesivas que faciliten el contagio de ITS. Un episodio de chemsex puede durar hasta 8 horas y/o por varios días (Coll, 2016). Ante este panorama, las formas de administración de estas drogas son variadas; vía oral, inhalada, fumada, rectal, intramuscular e intravenosa (slamming). Consecuentemente, las drogas más consumidas por vía intravenosa son metanfetamina y mefedrona, aunque algunos hombres que se inyectan también otras drogas son la cocaína, MDMA, mefedrona o incluso también pueden hacerlo con una mezcla de drogas.

En la siguiente tabla se muestran las sustancias con más prevalencia en cuanto a su uso y consumo con respecto a sesiones de chemsex en distintos países como España, Portugal, Francia, Italia e Inglaterra:

**Tabla 5**

*Tipos de drogas*

<b>Droga o sustancia</b>	<b>%</b>
Metanfetamina	41.6%
GHB	70.8%
Mefedrona	56%

*Nota.* Elaboración a partir de información recopilada de sustancias psicoactivas en países europeos.

A continuación, se definirán cada una de las sustancias que se llevan a cabo en la práctica de chemsex a nivel internacional:

***Metanfetamina***

Es una de droga diseño (sintética), es un estimulante adictivo que afecta al sistema nervioso central, que es muy popular entre hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y que se popularizo a partir de la década de los 60's. Además, su forma más conocida es con las siglas MDMA y su vía de administración suele ser inhalada, oral e inyectada, que, en este caso, por vía intravenosa, los efectos aparecen rápidamente, entre 15 a 30 segundos después. Entonces, la

metanfetamina es un estimulante potente que tiene similitud con la cocaína, pero con mejor duración en el efecto. Sin embargo, el mayor peligro es un aumento en la locuacidad, disminuyendo el apetito y desarrollando una sensación placentera de bienestar y euforia.

Aunque, actualmente como es una droga de diseño, a veces a la metanfetamina se le agrega fentanilo<sup>13</sup>. Todas estas características la convierten en una droga que produce severos daños a la salud de las personas quienes consumen dicha sustancia. En suma, la metanfetamina se utiliza en sesiones de sexo para aumentar la excitación sexual y potencializar el placer. Asimismo, los HSH que la consumen durante la relación sexual los hace sentir despiertos, impulsivo, cachondos y anestesia el cuerpo por muchas horas, lo que permite tener prácticas sexuales vía anal por su fácil inhibición (Espinosa, 2017; p. 11).

### ***Mefedrona***

Se considera una sustancia química emparentada con las anfetaminas y que su presentación viene en forma de cristales o cómo un polvo blanco y/o amarillo. Es una sustancia que suelen adulterar, por lo que es denominada sintética, generalmente, se suele adulterar con cafeína, con glutamato monosódico (incremento del sabor) y con benzocaína (anestésico local). Bajo los efectos de esta sustancia en las sesiones de sexo, los efectos inmediatos son la excitación sexual, percepción del incremento de energía, euforia, mayor estado de alerta y un incremento en la sensibilidad a la estimulación sexual.

Por otra parte, su consumo frecuente tiene efectos nocivos para la salud física, por ejemplo, aceleración del pulso, incremento de la temperatura corporal, bruxismo y cansancio crónico. En cambio, los efectos para la salud mental son la aparición de agitación, alucinaciones, paranoia, conducta agresiva o autolesión. Ante este panorama, existen tres vías de administración:

Oral: la duración de los efectos es igual a la del MDMA, alrededor de 4 a 6 horas. Su consumo por esta vía se considera segura, pero en su consumo oral se recomienda diluir la sustancia en líquido o envolverla en una hoja para fumar.

---

<sup>13</sup> El fentanilo es un fuerte opioide sintético similar a la morfina que es una droga super potente. Este fentanilo sintético se vende ilegalmente en forma de polvo, vertido en gotas sobre papel secante, en envases de gotas para los ojos o rociadores nasales o en pastillas parecidas a las de otros opioides recetados (CIJ, 2018; p.95).

Rectal: En este caso, se puede disolver en líquido (agua) e introducir por medio de una jeringa a través del ano. No obstante, al incurrir a este tipo de práctica no es la más recomendable, ya que la mefedrona puede irritar las mucosas del ano.

Nasal: Los efectos por esta vía suelen ser periodos cortos, es decir, la duración es muy corta (1 hora). Si se inhala esta sustancia puede irritar las fosas nasales y deteriorar el tubo nasal.

Inyectada (*slamming*): En este caso, por esta vía suele administrarse la sustancia por medio de una jeringa en los brazos, manos, en el pene, o por vía intramuscular, la duración del efecto suele durar por una hora y media. Además, por la popularización de esta sustancia por esta vía de administración se popularizó con el nombre “slam o slamming”.

En este tenor, dicha actividad requiere de un especial cuidado debido al riesgo de un posible contagio del VIH al compartir agujas entre los participantes que practican slamming en las sesiones de chemsex. Se trata de un grupo reducido, pero el riesgo es latente (Fernández, 2016; Coll, 2016; Espinosa, 2017, Domínguez, 2017 y Mendoza, 2022).

### ***GHB/GBL***

Esta sustancia química es un líquido transparente sin olor, la distribución en su venta es de frascos pequeños para su consumo. El GBH (ácido gamma-hidroxibutírico) o GBL (gamma-butirolactona), se trata de un depresor anestésico que provoca efectos antagónicos que son los siguientes; en primer lugar, está la euforia, desinhibición, excitación y aumento del placer sexual, pero después emite un efecto relajador. El GHB se desarrolló en los años 60's como anestesia y en los años 80's se utilizaba para contrarrestar el síndrome de abstinencia de alcohol, pero dejó de usarse por causar efectos secundarios. A partir de los años 90's se inició el consumo de esta sustancia con uso recreativo hasta que desapareció. Sin embargo, actualmente su consumo volvió al mercado junto con el chemsex. Ante ello, en algunos países de Europa se popularizó su consumo recreativo en 1995 y su administración suele ser vía oral junto con la ingesta de otras sustancias para incrementar los efectos de éstas.

### ***Otras Sustancias Psicoactivas***

Hay otras sustancias que también son consumidas, pero en menor medida, como la Ketamina que es un tranquilizante que produce alucinaciones si se consume en dosis altas; la cocaína es otro estimulante que produce desinhibición y para los encuentros sexuales actúa como anestésico (McCall, Adams y Manson, 2015).

Por otra parte, están los poppers (nitrito de alquilo, amilo) suelen usarse en menor medida en las fiestas de chemsex. Cabe señalar, que durante el año 2016 los poppers fueron legalizados en algunos países europeos (España, Francia, Reino Unido, etcétera), y su uso es frecuente durante las relaciones sexuales, debido a su efecto vasodilatador y relajante que facilita el acto coital en hombres que tienen sexo con hombres. No obstante, en México la utilización de esta sustancia llamada popper no es legalizada para su libre venta y consumo, aunque su venta en nuestro país es de manera ilegal.

Como último lugar, el cloruro de etilo y de 2CB<sup>14</sup> en sesiones de chemsex, aunque se le da un uso precario, pero no menos importante. Este medicamento, anestésico de aplicación local en forma de spray se aplica en las lesiones musculares y disminuye el dolor al bajar la temperatura de la zona. En chemsex, esta sustancia se aplica directamente sobre pañuelos o en la ropa para ser inhalada, lo que produce un efecto rápido en la excitación sexual, en el incremento en la duración del orgasmo y euforia.

Por otra parte, hay estudios que muestran que cuando hay perspectiva de encuentros sexuales ello puede derivar hacia mayores conductas de riesgo ante el consumo de sustancias psicoactivas (Elliot, Morrison, Ditton, Farrall, 1998; Brook, 2002). El consumo de drogas y la práctica sexual asociada se rigen como grandes cuestiones presentes en la sociedad, que, muchas veces llevadas a cabo con situaciones de riesgo, especialmente en jóvenes, debido a un estilo destinado a satisfacer las necesidades de forma inmediata y placentera (Jacques, 2016).

---

<sup>14</sup> El 2-CB pertenece a un grupo de fenetilaminas de efecto psicodélico. En los años 80-90s se utilizaba ampliamente en España sustituyendo al MDMA (CIJ, 2020; p 46).

## La percepción del riesgo en el consumo de drogas

La percepción del riesgo hacia el uso y abuso de sustancias psicoactivas se basa en la información que tienen las personas respecto a los daños físicos, psicológicos y graves. El consumo de drogas durante las relaciones sexuales puede llevar a una disminución del autocontrol y a comportamientos sexuales de riesgo, lo que prevalece el riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual incluyendo el VIH.

Es importante que las personas comprendan sobre los riesgos que están alrededor de la práctica del chemsex y tomen medidas para proteger su salud y bienestar. El chemsex puede parecer una actividad para algunas personas, pero los riesgos asociados son demasiado peligrosos como para ignorarlos. La mayoría de las personas deben ser conscientes de las repercusiones graves de los efectos secundarios relacionados en esta práctica y tomar medidas para la protección de las personas en dicha práctica. Sin embargo, hay personas que, aun estando conscientes de estas posibles consecuencias negativas, tienden a experimentar con mantener la actividad del chemsex en alto riesgo.

Para Ballester (2000) el consumo de sustancias psicoactivas, entre otros comportamientos como el sexual o los desórdenes alimenticios, delincuencia, violencia y el suicidio ponen en peligro la salud y bienestar de las y los jóvenes. La mayoría de las sustancias psicoactivas como el alcohol, el tabaco, la marihuana, la heroína, el cristal y las anfetaminas (pastillas), todas estas drogas tienen efectos sobre la salud de las y los jóvenes (sobredosis, enfermedades cardiovasculares).

En este sentido, las y los jóvenes, aun siendo conscientes de los riesgos a la salud sexual y mental tienden a estar en situaciones negativas y/o prácticas sexuales de alto riesgo. Parker (1998), argumenta que el consumo de drogas está relacionado con las apreciaciones de beneficio y riesgo que el consumo supone. Por lo que, hay jóvenes que rechazan ciertas drogas, a pesar de las oportunidades que tienen para utilizarlas (Fountain, Griffiths, Farrell, Gossop, y Strang, 1998). Por esta razón, es importante entender qué hace que una persona se involucre en el consumo de drogas, mientras que otros no los hagan.

Una de las tendencias que componen en el comportamiento normal de consumo de sustancias psicoactivas es el intentar controlar el riesgo. Esta ampliamente demostrado (Cortés, Espejo, Gómez y Motos, 2011; García del Castillo, 2007; Beamonte, Gargallo y Narín, 2009) que ante el consumo de drogas se mantiene una alta sensación de control del consumo, como varios expertos lo denominan *el mito del control*, lo que hace que disminuya la percepción del riesgo.

El riesgo, se configura a partir de la información y de las experiencias que una persona va almacenando a lo largo de su vida. De ahí que la percepción de riesgo vaya aumentando y tome sentido significativamente con la edad.

En sentido, cualquier actividad, situación que incluya consumo de drogas, supone un riesgo para la persona que lo consuma, supone un riesgo para quien tenga relación en algún punto con el individuo. El chemsex no es la excepción, especialmente cuando las prácticas sexuales se dan en grupos y bajo los efectos de las drogas que suelen ser combinadas en su uso (policonsumo). Los riesgos asociados a la práctica de chemsex se encuentra la parte sexual, hasta la emocional ya que es un tipo de prácticas que no afecta solo una parte de la persona.

Algunas personas pueden tener prácticas sexuales de alto riesgo porque, talvez no comprenden porque las infecciones de transmisión sexual son motivo de preocupación ni cómo se transmiten, es probable que no platiquen con sus parejas sexuales sobre prácticas de sexo seguro, no estén preparados/as como utilizar algún método anticonceptivo para prevenir las infecciones de transmisión sexual y/o tal vez no buscan atención médica para los síntomas de estas ITS y por último la más importante, el usar drogas de forma recreativa al tener relaciones sexuales, pues, éstas alteran el sistema nervioso si no se utilizan de forma adecuada y esto hace probable al tener prácticas sexuales de alto riesgo (sin protección).

El consumo de drogas y la salud sexual tiene implícito un gran estigma, lo que puede generar una mayor desinformación y por tanto un aumento de riesgos y daños. Como ya se ha mencionado anteriormente, en el contexto del chemsex existen posibles riesgos derivados de las sustancias y sus vías de consumo como de las propias prácticas sexuales.

El consumo de ciertas sustancias, contribuyen a una disminución de la percepción del riesgo debido a los efectos de estas, lo que puede desencadenar en un aumento de las prácticas sexuales de alto riesgo junto con la posibilidad de daños físicos o a la exposición de ciertas infecciones de transmisión sexual.

Ante esta situación, la reducción de riesgos radica en promover información objetiva, práctica y sin censuras. Es algo muy distinto a la prevención o abstinencia, que se trate de programas y medidas dirigidas a evitar el consumo. Hay tres niveles de prevención, la universal (población general), selectiva (grupos prioritarios) e indicada (Individuos vulnerables). Sin embargo, la aproximación prohibicionista se ha demostrado ineficaz en la práctica de chemsex.

### **Gestión de placeres y riesgos**

El placer no es conocido ante el énfasis que se da a las consecuencias negativas que derivan en el ejercicio de la sexualidad. La literatura especializada tradicional sobre la sexualidad humana muestra una clara apreciación de preocuparse por los temas de salud pública como la prevención de embarazos y no deseados, violencia en el noviazgo, transmisión de ITS/VIH (DeFur, 2012).

Aunque estos temas son relevantes para la solución en la prevención de la salud sexual, dejan de lado el rol del placer sexual como materia de salud pública, pues la salud sexual no solo implica la ausencia de las infecciones o enfermedades. La salud sexual implica lo erótico – afectivo y las relaciones positivas y respetables, asimismo, experimentar el gozo del placer y seguridad sexual (OMS, 2006).

Ahondando en el tema, aunque el funcionamiento genital y fisiológico se mantienen como factores elementales del placer, es importante señalar como se incorpora cada una de las siguientes dimensiones:

- a) Individual
- b) Psicológica
- c) Relacional
- d) Social

Cada una de las cuatro dimensiones competen en la experiencia del placer, pues cabe destacar que el placer no es un viento biofisiológico, el placer sexual es un estado erótico– afectivo generado por la estimulación sexual. También el placer es subjetivo y personal, que varía individualmente en un estado físico y psíquico de la persona que involucra sensaciones, emociones y experiencias (Rodarte, 2010).

El placer ha constituido como tal una razón justificable para el uso de sustancias psicoactivas en los discursos institucionales, a pesar de ser una de las razones más importantes en el uso de drogas (Huerta, 2018). Esto se debe principalmente a que se le ha puesto mayor relevancia a los discursos que reducen el uso de sustancias y sus efectos en el organismo de las personas usuarias, de forma que ignoran totalmente el libre desarrollo de las personas, su libertad de autodeterminación, así como el potencial efecto benéfico en la vida de las personas usuarias.

Para el abordaje del uso de sustancias psicoactivas para encuentros de chemsex, los placeres son acciones, emociones y/o experiencias sensoriales perceptivas, psíquicas – corporales y socioculturales de disfrute, satisfacción, goce o felicidad.

Por lo tanto, el cuerpo y la vida de cada persona son de su dominio, es decir, cada persona es libre, responsable, decide, actúa y gobierna a sí misma, tiene el control de su propio cuerpo ejerciendo su autonomía y libertad. Por lo que, usar sustancias psicoactivas puede implicar riesgos, beneficios, daños o placeres en lo individual, social y global. En este sentido, los aprendizajes y experiencias adquiridas en torno a los cuerpos, mentes y sustancias psicoactivas proporcionan herramientas para decidir de forma autónoma; evitar/disminuir los riesgos o daños; brindar/posibilitar los beneficios o placeres. Asimismo, favorecer/cuidar la salud en la práctica de chemsex.

De acuerdo con Meneses Arredondo (2024), gestionar placeres y riesgos significa y transformar a niveles individuales, colectivos, sociales y globales las relaciones entre personas/sustancias a través de la politización de los placeres, daños/riesgos y salud psíquicas. Concretamente, la gestión de placeres y riesgos conlleva a reflexionar en el diseño de políticas públicas contextualizadas en la salud, economía, educación y sociales que ayudarán a empoderar a las personas para su bienestar como, por ejemplo:

- a) La construcción de aprendizajes entre pares
- b) La apropiación y soberanía de sus cuerpos y placeres
- c) La autonomía en decisiones y acciones
- d) La autogestión y el autocuidado en la salud en personas consumidoras de sustancias recreativas.

Esto implica a reaprender sobre los cuerpos, las sustancias psicoactivas y los diversos usos y contextos de los mismos. Además, reflexionar y cuestionar las realidades, experiencias relativas en torno a los placeres, riesgos y daños vinculados en sesiones de chemsex. (Meneses, 2024.p.5-7).

En años más recientes, las políticas de reducción de daños han comenzado a abordar con mayor atención y profundidad la cuestión del derecho al placer. Este termino se refiere a la creencia de que las personas poseen el derecho a disfrutar de placeres, incluyendo aquellas personas que usan sustancias psicoactivas, como parte fundamental de la libertad individual y un elemento intrínseco a otros derechos como la libertad, la privacidad y la autonomía personal

Desde esta perspectiva, se plantea que el uso de sustancias psicoactivas puede ser una forma legítima de búsqueda del placer y que los adultos deben tener derecho a tomar decisiones autónomas sobre su propio cuerpo incluyendo el consumo de drogas. Esto conllevaría una regulación más tolerante a las drogas y una orientación hacia la reducción de daños para minimizar los riesgos vinculados a su uso (Fernández y Curbelo, 2023.p.30).

Con en el paso del tiempo, se evidencia la necesidad de un cambio de paradigma en los ámbitos de las drogas y la sexualidad. Desde los años 70's hasta la actualidad, en México ha costado una lucha constante el debatir sobre las políticas de abstinencia y prohibicionismo en drogas, pues, los discursos oficiales del gobierno siguen una lógica del uso de la censura, del

miedo no son herramientas adecuadas para educar en la salud sexual y reproductiva (Rosales, y Salinas, 2011).

Con la finalidad de contextualizar las acciones de las políticas públicas de salud en consumo de sustancias psicoactivas entre México y España, el tercer capítulo mostrará los criterios de las distintas acciones y omisiones gubernamentales sobre la descripción de programas que llevaron a España a incluir el tema del chemsex como un problema de salud pública en su agenda legislativa.

### **CAPÍTULO III. Programas de salud sexual en consumo de sustancias psicoactivas en México y España**

En este tercer capítulo, se realiza la descripción sobre el ciclo de las políticas públicas con relación a los programas y la exposición de las políticas de salud de drogas en México y España. El cuarto capítulo se concentra en el enfoque metodológico en la fase de yuxtaposición para que pase a un segundo lugar y se eleve el análisis comparado.

En este sentido, la descripción es el primer estadio de la comparación (Bereday, 1964), brindando un acercamiento a las semejanzas y diferencias de las distintas acciones del Estado de los dos países a comparar. De tal manera, que la descripción y la interpretación son fases preliminares en el desarrollo comparado.

En este apartado se concentra la fase descriptiva e interpretación de la naturaleza de los datos. Los datos cualitativos recogidos y seleccionados para esta investigación incluyen documentos gubernamentales y no gubernamentales, y textos tomados de las Bases de Datos de internet, entre ellos:

- Documentos Oficiales
- Normatividad vigente
- Investigaciones sobre el tema
- Publicaciones en los dos países en torno al objeto de estudio
- Documentos oficiales de los Organismos Internacionales/Supranacionales
- Documentos del Ministerio de Sanidad y de Política Nacional de Salud
- Centros de Investigación, ONG´S, Organizaciones de la Sociedad Civil
- Documentos y Revistas de la Sociedad Internacional de Educación Comparada
- Organizaciones Gubernamentales y no Gubernamentales

En esta sección, se integraron los documentos de acciones gubernamentales de los dos países a comparar, lo que llevó a una selección rigurosa y sistemática de los documentos y con ello, articular finalmente el capítulo cuarto con el análisis confrontativo de la comparación.

## **Sustancias Psicoactivas con un enfoque de Salud Pública**

La implementación de las políticas públicas en los últimos años ha tomado relevancia y se ha construido un campo sólido en la decisión de una política implementada logrando plasmar una serie de objetivos y metas. Sin embargo, hay una gran diferencia entre lo que se plantea en la formulación y los resultados. En el análisis de las políticas públicas, la etapa de implementación es fundamental, porque hay acciones concretas y determinadas para atender el problema público y con ello es una determinante para la formulación de nuevas políticas que se adaptan a las necesidades de la comunidad (Aguilar, 1996).

Es indispensable que México siga una ruta en el cambio de paradigma y avanzar en la atención del consumo de sustancias adictivas en su atención desde una perspectiva de salud pública y con políticas públicas enfocadas en el bienestar de las personas favoreciendo su desarrollo e inclusión.

De acuerdo con Méndez (2020), la construcción de las políticas públicas debe contar con los siguientes apartados básicos:

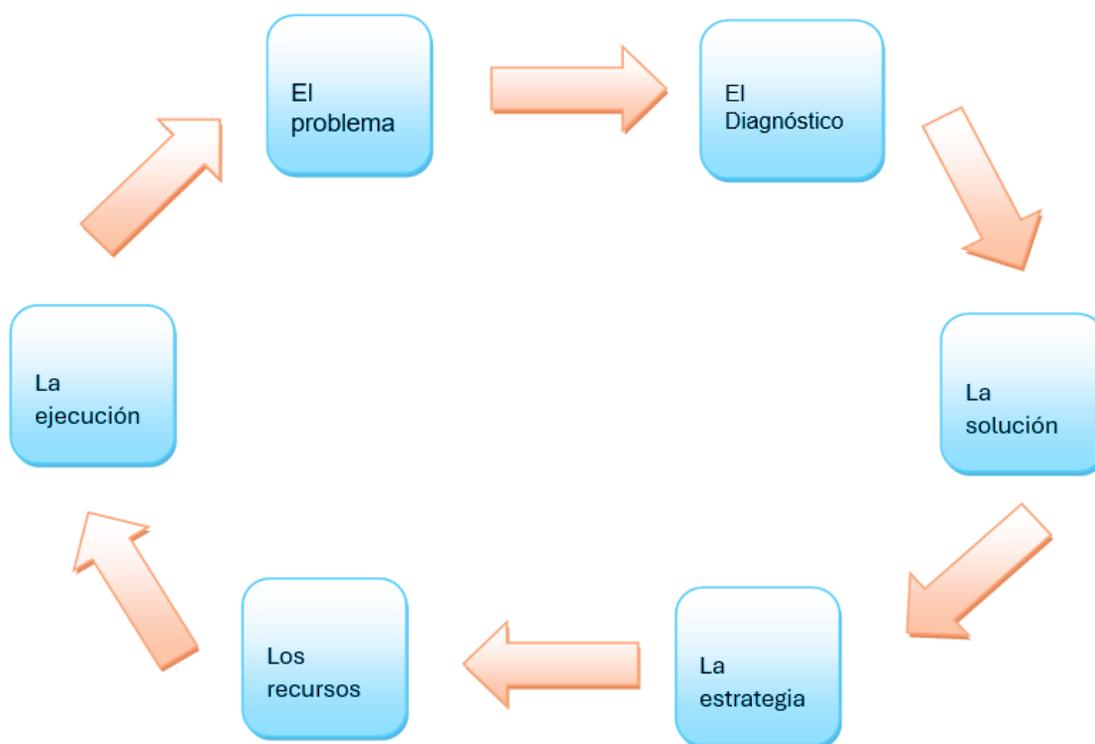
- 1) el problema
- 2) el diagnóstico
- 3) la solución
- 4) la estrategia
- 5) los recursos
- 6) la ejecución.

Dando sentido a la investigación en esta línea de actuación, de los cuales, se afirma que las políticas públicas se relacionan con la percepción de un problema denominado público (en este caso el chemsex como un problema de salud pública), lo que sirve de referencia y fuente originaria de donde se establece la dirección de la política. Asimismo, las políticas manejan un diagnóstico de cuando al menos algunas causas del problema y medidas que puedan ayudar a su mejora.

El siguiente esquema representa de manera ilustrativa los elementos básicos que contempla la política pública:

**Figura 3**

*Elementos básicos para la política pública*



*Nota:* Elaboración propia a través de Méndez (2020), *Políticas Públicas Enfoque Estratégico para América Latina*

De acuerdo con Méndez, el diagnóstico se encuentra vinculado con otros elementos ya mencionados que son la solución y las estrategias. Con el fin de que las políticas públicas impliquen uno o varios objetivos generales que se presentan como la solución del problema, seguido de una estrategia o programa de acción dirigido para alcanzar dichos objetivos generales.

Expuestas las fases de la política pública es necesario precisar que, para fines de esta investigación fue necesario precisar el diagnóstico y por lo tanto la necesidad de realizar una pequeña propuesta en el apartado del pronóstico para incidir en las políticas públicas de salud sexual en el tema del chemsex en México.

## Políticas de Salud en consumo de sustancias Psicoactivas

La Organización Mundial de la Salud [OMS] en 1975 definió el concepto de *droga* como sustancias susceptibles de crear dependencias y que pueden provocar tolerancia, es decir, se le considera a la droga como una sustancia química que una vez introducida al organismo puede modificar alguna de las funciones y si es susceptible a desarrollar dependencia y crear tolerancia a esta sustancia.

En España en la década de los ochenta aumentó el tráfico de drogas ilegales, especialmente la cocaína y heroína. Por lo que en ese tiempo el protagonismo del consumo ilegal de la heroína y el aumento de la ingesta de cocaína en la sociedad española condujo a un periodo de silencio clínico, pues, a mediados del año de 1980 es cuando empezaron aparecer los problemas de salud.

La polémica en torno a la peligrosidad de los efectos de las drogas y su rápida aceptación entre los jóvenes se asoció el consumo de drogas ilegales y el aumento de la inseguridad ciudadana hacia un discurso ideológico en el colectivo social, que a su vez normalizó que el consumo de drogas viene a reforzar procesos de desviación social y pudrir el tejido social e identificando a las y los consumidores de sustancias psicoactivas como un drogadicto-delincuente o como un criminal. Por lo que, las autoridades sanitarias, la opinión pública, los grupos profesionales e interesados, así como todo el conjunto de la sociedad civil en España trabajaron en conjunto y de manera integral para echar andar una política general que contribuyera a frenar y reducir el consumo de sustancias psicoactivas.

El 24 de julio de 1985 el Congreso de diputados aprobó el Plan Nacional Sobre Drogas y con ello la acción preventiva que establece estar dentro de una política integral de educación para la salud y el bienestar. Dicha política de salud estaría basada desde una perspectiva de reducción de la demanda y preventiva en el consumo de drogas. Asimismo, las medidas incluidas en el Plan se dirigen prioritariamente a conseguir los siguientes objetivos:

- ❖ Reducción de la oferta y la demanda
- ❖ Oferta de una Red Pública de servicios de atención, suficiente y transparente para las y los usuarios/as y para la sociedad en su conjunto
- ❖ Disminución de la seguridad ciudadana
- ❖ Coordinación y cooperación de las Administraciones e Instituciones Sociales implicadas en el problema.

El consumo de drogas o sustancias psicoactivas se ha convertido en un problema de salud pública en el mundo, pero la experiencia acumulada en España y en otros países desarrollados permitió constatar y afirmar que el consumo de drogas y sus repercusiones sociales persistirían a lo largo del tiempo.

Más recientemente, en 2021, de acuerdo con el comunicado de *Índice Global de Política sobre Drogas*, España es un país de vanguardia de la política de drogas, dicho documento menciona que las innovaciones políticas han venido desde la base, el trabajo de las organizaciones civiles, ayuntamientos y comunidades y del gobierno central. El objetivo central ha sido tanto la perspectiva de reducción de riesgos y daños causados por las drogas como ir quitando de la lista el rechazo del enfoque prohibicionista que ha caracterizado el viejo y fracasado enfoque de la guerra contra las drogas y el narcotráfico.

Siguiendo esta línea, otro factor a destacar es que la política de España durante muchas décadas no ha sido muy diferente, es decir, el consumo y la posesión de sustancias psicoactivas jamás estuvieron penalizadas. Particularmente, España no despenalizó las drogas porque nunca estuvieron criminalizadas, al menos de forma penal (Fernández, 2016).

México, en cambio, inició desde la década de 1970 acciones para atender el problema de las drogas, mucho antes de que la demanda de drogas adquiriera mayores proporciones, sin embargo, a pesar de los años adquiridos de experiencia nuestro país sigue haciendo esfuerzos importantes por enfrentar este problema a través del desarrollo de un marco jurídico – normativo e institucional y de programas que, al mismo tiempo dan seguimiento a los acuerdos que México ha firmado en el ámbito internacional.

En la información, destacan en la Encuesta Nacional de Adicciones [ENA], realizada en 1998, que permitió analizar las tendencias con los estudios similares realizados en 1988 y 1993. Los datos arrojaron que, si bien la prevalencia global del consumo de sustancias psicoactivas en México es baja comparada con otras naciones de Latinoamérica, ésta registra incrementos y tendencias alarmantes.

A pesar de que el consumo no se encuentra penalizado en el país, las personas usuarias de drogas representan el principal objeto del sistema de justicia penal en materia de drogas (Zedillo, 2019; citado en Ruíz, 2022). De esta manera, cualquier posesión de drogas ilegales en México es un delito. Por lo tanto, el cruce de materia penal y de salud en la normatividad legal que conforman las políticas públicas de drogas en México van a transitar por el castigo, lo punitivo y el prohibicionismo. Por tal razón, actualmente el concepto de sustancias psicoactivas

o drogas se encuentra en el Código Penal Federal y en la Ley General de Salud que conlleva a formular las políticas de sustancias psicoactivas en un entorno prohibicionista.

La evolución del uso de sustancias psicoactivas en México es difícil de medir y de entender sin un contexto complejo de prohibición. Las encuestas en el país llamadas Encuestas Nacionales de Adicciones [ENA] son las encargadas de medir el consumo, sin embargo, en la metodología se encontraba una visión prohibicionista y estigmatizadora (Labate y Ruiz, 2015).

## **Programas y Acciones de Política en México**

### ***La Política de Salud Sexual***

La Política de Salud Sexual es una estrategia enfocada en prevenir las enfermedades, promover la salud y procurar el bienestar de las familias mexicanas. Se concentra su diseño en

tres prioridades:

1. **Acceso efectivo:** El estado debe asegurar los servicios de salud a toda la población, la visión a largo plazo es igualar la calidad de los servicios y hacer lo posible que los mexicanos/as puedan ser atendidos en cualquier clínica u hospital del Sistema Nacional de Salud Pública.
2. **Calidad en el servicio:** Que todos los mexicanos/as, por igual cuenten con médicos profesionales, calificados e instalaciones para recibir un servicio de salud de calidad.
3. **Prevención:** La mejor forma de cuidar la salud es anticiparnos a la enfermedad y evitar las condiciones que la generan. Una de las acciones más importantes de prevención, estará dirigida a reducir la obesidad y sobrepeso.

La política nacional de salud está relacionada con el Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024 y con el Plan Sectorial de Salud del sexenio actual. Por tanto, obedece a una lógica en la planificación del consumo de sustancias psicoactivas en su uso y consumo.

A continuación, se describen las diferencias y similitudes de dichas acciones gubernamentales de México.

### **Plan Nacional de Desarrollo – Plan Sectorial de Salud 2019-2024**

El Plan Nacional de Desarrollo explica cuáles son sus objetivos prioritarios, describe los problemas nacionales y enlista las soluciones durante este sexenio presidencial. Tiene como sus líneas de acción distintos ejes. Dentro de la Política y Gobierno, establece como objetivos: erradicar la corrupción y reactivar la procuración de justicia; garantizar el empleo, la salud y bienestar pleno en los derechos humanos.

El eje de Política Social establece distintos programas para personas adultas mayores, personas que viven con discapacidad, jóvenes, y programas para impulsar la agricultura, el desarrollo urbano, y la vivienda, la educación, la cultura y la salud.

En este caso, se ubica el espacio dentro de la salud para toda la población, el gobierno federal realizará acciones específicas necesarias para garantizar que hacia el 2024 todos y todas las personas de México puedan recibir atención médica y hospitalaria gratuita, incluidos los suministros de medicamentos y materiales de curación y los exámenes clínicos.

En este sentido, se prioriza la prevención de enfermedades mediante campañas de concientización e inserción en programas escolares de temas de nutrición, hábitos saludables y salud sexual y reproductiva. Se emprenderá una campaña informativa sobre las adicciones y se impulsarán las prácticas deportivas en todas sus modalidades.

### **Programa Sectorial de Salud 2020 - 2024**

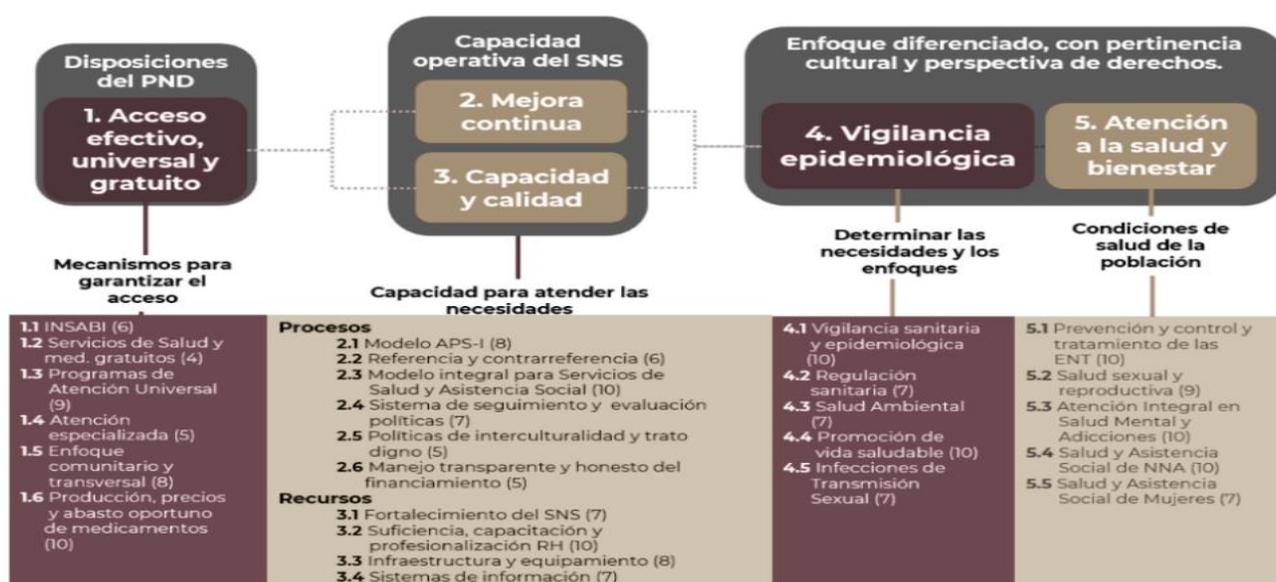
El Programa Sectorial de Salud 2020- 2024; Es un programa derivado del Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024 que establece los objetivos, estrategias y acciones para garantizar el derecho a la protección de la Salud de toda la población mexicana, especialmente la que no cuenta con seguridad social.

El programa cuenta con cinco objetivos prioritarios que miran a transformar el sistema de salud: garantizar los servicios de públicos de salud a toda la población sin seguridad social y el acceso gratuito a la atención médica y hospitalaria, así como medicamentos e insumos; incrementar la calidad de los servicios de salud; mejorar la protección de la salud bajo un enfoque integral que priorice la prevención y sensibilización de los riesgos para la salud y el oportuno tratamiento y control de enfermedades con la intención de dar atención de las necesidades

concretas de salud de grupos prioritarios bajo un enfoque diferenciado. De acuerdo con el Plan de Acción Específico (PAE) están alineados con el eje de política social y los ejes transversales de inclusión e igualdad sustantiva, combate a la corrupción y mejora de la gestión pública. A continuación, se presenta el siguiente esquema para su entendimiento:

**Figura 4**

*Salud para el bienestar*



*Nota:* Programa de Acción Específico (PAE) 2019, del documento de Plan Nacional Sectorial.

Como ya se había mencionado anteriormente, la estrategia en México respecto a las drogas está vinculada al prohibicionismo que ha marcado la política global de la lucha contra el narcotráfico desde los inicios del siglo XX. En 1961 México participa en la reunión para la formulación y adopción de la Convención Única de Estupefacientes. En 1975 cuando México denuncia la Convención de Sustancias Psicotrópicas de 1971, el problema radicó en el país de Estados Unidos de América (USA) como el principal proveedor de heroína y marihuana. En 1978 se hacen nuevas reformas importantes al Código Penal Federal, en particular al consumo y uso de estupefacientes, asimismo, se derivó la atención primaria para “adictos”. Para 1990 México ratifica la Convención de la Naciones Unidas contra el tráfico ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas.

A continuación, se presenta en la siguiente tabla:

**Tabla 6**

*Desarrollo histórico de la legislación de drogas en México:*

<b>1916</b>	<b>Legalización de producción, comercio y consumo. Creación del consejo de la Salubridad General.</b>
1923	Prohibición de importación de narcóticos
1927	Prohibición y exportación de heroína y marihuana. Inicio de tráfico ilegal a través de la frontera
1931	Formulación del Título Séptimo del Código Penal Federal de México, que regula los delitos en contra de la Salud
1940	Reforma del Código Penal Federal. Dentro del Título Séptimo se establece.
1947	Se crea la dirección Federal de Seguridad. Endurecimiento de las penas y delitos contra la salud.
1948	Gran Campaña de erradicación de cultivos ilícitos.
1978	Penalización del consumo
1984	Ley General de Salud
<b>1994</b>	Aumento de penas por producción, transporte, tráfico, comercio o suministro, introducción o extracción del país de narcóticos. Disminución para la siembra.
<b>1996</b>	Ley Federal contra la Delincuencia Organizada.
<b>2009</b>	Ley de Narcomenudeo
<b>2019</b>	Estrategia Nacional para la Prevención de Adicciones (Juntos por la Paz)

*Nota.* Elaboración propia a partir de información recopilada del desarrollo histórico de la legislación de drogas en México.

Como se ha visto, aumenta los daños a la salud causados por el consumo de drogas, las leyes y las políticas dirigidas a personas usuarias de sustancias psicoactivas contemplan el enfoque prohibicionista. Además, la prohibición tiene consecuencias no intencionales a la salud pública, haciendo contraer el Virus de Inmunodeficiencia Humana VIH por uso de jeringas infectadas sean mayores; dado la prevalencia de hombres que tienen sexo con otros hombres que practican chemsex cargan con jeringas para el uso de sustancias psicoactivas, la actividad

de compartir jeringas se ha vuelto una práctica común entre éstos usuarios que tienen relaciones sexuales con drogas (Domínguez, 2016; Baruch, 2016; Coll, 2016).

La prohibición, además, causa que se busque poco tratamiento en los problemas de salud pública relacionados con las drogas, puesto que se promueve un sistema que infunde miedo y criminalización a las repercusiones sociales que pueda tener una persona consumidora de sustancias recreativas. Asimismo, este enfoque prohibicionista que México sigue apostando en sus acciones de gobierno y que siguen en la política pública de salud en adicciones, las personas usuarias son generalmente incitadas a consumir sustancias más baratas y peligrosas dada la baja calidad con la que cuentan, conocidas como las drogas sintéticas (Huerta, 2018).

### ***Estrategia Nacional para la Prevención de Adicciones (ENPA) 2019-2024***

El 15 de julio de 2019 el expresidente de México Andrés Manuel López Obrador presentó la “*Estrategia Nacional para la Prevención de Adicciones*” [ENPA] Juntos por la Paz, como un compromiso colectivo para toda la sociedad, los tres Poderes de la Unión, los tres órdenes de gobierno (federal, estatal y municipal) los sectores social y privado para cambiar el paradigma tradicional en materia de prevención de consumo de sustancias psicoactivas, desde una perspectiva que no criminalice a quienes deciden usarlas con fines recreativos y que sean tratadas dentro de la población con respeto y dignidad a los derechos humanos y que cuenten con apoyo, inclusión y vinculación, para incorporarse a una vida saludable y productiva en todos los sentidos.

Mediante la intervención y la cooperación de los tres niveles de gobierno, se busca generar condiciones que favorezcan a la construcción del tejido social, así como a la disminución de las brechas en materia de salud, educación, cultura, deporte y seguridad que limitan el desarrollo y bienestar de las personas. Por otra parte, la ENPA también es la suma de esfuerzos colectivos para lograr resultados significativos en la vida de las personas, en la familia y en la comunidad en general, por lo cual, no sólo compete a la Secretaría de Salud Pública, si no que integra a más instituciones del Gobierno Federal, bajo una responsabilidad estatal y municipal para la suma de acciones que favorezcan el libre ejercicio de los derechos políticos, civiles, económicos, culturales y sociales.

El Plan Sectorial de Salud 2019-2024, que establece las bases de las políticas públicas en las sustancias psicoactivas se compromete a apuntar la necesidad de incrementar los ámbitos de incidencia relativos a la salud mental. La ENPA enfatiza que es importante el fortalecimiento de factores de protección y la disminución de los factores de riesgo. Asimismo, la prevención y

reducción del consumo de sustancias psicoactivas en las infancias y juventudes. A continuación, se muestra en el siguiente recuadro el objetivo número cinco de la Estrategia Nacional de Seguridad Pública, aprobada en el mes de noviembre de 2019 por el Senado de la República:

**Figura 3**

### Reformular el combate a las drogas

 **Plan Nacional de Desarrollo 2018-2024**

**5. Reformular el combate a las drogas.**

*En materia de estupefacientes, la estrategia prohibicionista es ya insostenible, no sólo por la violencia que ha generado sino por sus malos resultados en materia de salud pública: en la mayoría de los países en los que ha sido aplicada, esa estrategia no se ha traducido en una reducción del consumo. **Peor aún, el modelo prohibicionista criminaliza de manera inevitable a los consumidores y reduce sus probabilidades de reinserción social y rehabilitación.** La “guerra contra las drogas” ha escalado el **problema de salud pública** que representan las sustancias actualmente prohibidas hasta convertirlo en una crisis de seguridad pública. ...*

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

*Nota.* Adaptado de “Plan Nacional de Desarrollo” [ilustración], López, 2019.

(<https://lopezobrador.org.mx/2019/05/01/plan-nacional-de-desarrollo-2019-2024/>) Licencia dominio público.

La ENPA tiene como objetivo principal la articulación interinstitucional de:

- **Impactar en los determinantes biopsicosociales que previenen y reducen el uso de sustancias psicoactivas en niños, niñas y juventudes para la construcción de la Paz, en el marco de los derechos humanos.**

La ENPA parte de una política pública con enfoque de juventudes, cuya visión fomenta la protección social integral, la garantía de los derechos y el reconocimiento de la capacidad de agencia de las personas jóvenes vistas como sujetos/as de derecho. Por lo cual dicha política pública pone énfasis en la inserción de las preocupaciones y expectativas del reconocimiento en vivencias de las juventudes. Además, destacando la importancia y la necesidad de la reducción de la desigualdad e inclusión de la diversidad sexual, etcétera.

La ENPA se encuentra alineada al marco jurídico y con los siguientes instrumentos normativos:

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, artículo 4° constitucional que señala: Toda persona tiene el derecho a la protección de salud. Por lo que, la ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la ocurrencia de la Federación y las demás entidades federativas. En lo referente al enfoque de salud pública, al reconocimiento de los derechos de las personas que usan sustancias psicoactivas y en el ofrecimiento de información y servicios de tratamiento.

Por otra parte, se encuentra la ENPA en los objetivos de Desarrollo Sostenible 2030, numeral 3.5, que establece el compromiso de “Fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas, incluido el uso indebido de estupefacientes y el consumo nocivo de alcohol y tabaco”. Asimismo, la ENPA se encuadra en las normatividades nacionales

- Ley General de Salud
- Ley General sobre los Derechos de las Niñas, los Niños y Adolescentes
- Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024 (PND)
- Eje General del Bienestar
- Eje Transversal 3 Territorio y desarrollo sostenible, del Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024 (PND)

#### ***Proyectos y Programas Prioritarios del Gobierno Federal***

- 1) Cien Universidades Públicas
- 2) Becas de Educación Superior
- 3) Beca Bienestar Educación Básica
- 4) Beca Bienestar de Educación Media Superior
- 5) Beca Bienestar de Educación Superior
- 6) Caminos Rurales
- 7) Jóvenes Construyendo el Futuro
- 8) Atención Médica y Medicamentos Gratuitos
- 9) Mejoramiento Urbano

**Convenio de colaboración SSA / SEP**, para promover el establecimiento de “Escuelas Saludables y Activas” cuyo propósito es que las escuelas del Sistema Educativo Nacional sean espacios que promuevan la salud y la actividad física.

Con la finalidad de organizar y operar la Estrategia Nacional se nombró el Grupo Coordinador integrado por las siguientes personas e instancias:

**Tabla 7**

*Estrategia Nacional*

	<b>NOMBRE</b>	<b>CARGO</b>	<b>DEPENDENCIA</b>	<b>FUNCIÓN</b>
1	Hugo López Gatell	Subsecretario de Salud Pública	SSA	Coordinador General, Planeación y ejecución
2	Juan Manuel Quijada	Director de Servicios de Atención Psiquiátrica	SSA	Coordinación, Planeación y ejecución
3	Gady Zabicky Sirot	Comisionado Nacional Contra las Adicciones	SSA	Coordinación, Planeación y ejecución
4	Guillermo Rafael Santiago Rodríguez	Director General	MJUVE	Coordinación, Planeación y ejecución
5	Jesús Ramírez Cuevas	Vocero de la Presidencia	Presidencia	Coordinación, Planeación ejecución
6	Ricardo Mejía Berdeja	Subsecretario de seguridad	SSPC	Coordinación de salvaguarda de la ENPA y ejecución de acciones puntuales contra demencia

*Nota.* Elaboración a partir de información recopilada del Documento técnico conceptual de la ENPA (2019-2024).

Es importante considerar que las acciones pueden ser de impacto inmediato, acciones emblemáticas y de alto impacto, acciones de mediano y largo plazo, y acciones de continuidad.

Desde el 2019, la Estrategia Nacional para la Prevención de Adicciones [ENPA] “Juntos por la Paz”, se consolidó en el gobierno de la cuarta transformación (4T) como el mayor esfuerzo articulado entre los tres órdenes de gobierno, cuyo fin es poner énfasis en la atención a niñas, niños, adolescentes y jóvenes. La ENPA como política pública establecer programas y acciones desde una visión centralista que partió de varios diagnósticos locales, en lo que participó la comunidad en general cómo docentes, niños, niñas, jóvenes, adolescentes, entre otros/as que de acuerdo con las necesidades estas acciones forman e impulsan cambios dependiendo del contexto territorial y demográfico.

## La actual política de drogas durante el periodo sexenal 2018-2024 en México

En el actual periodo sexenal del gobierno mexicano, se presentó en el año 2018 el Plan Nacional de Desarrollo (2018-2024), cuyas metas aseguraban un cambio que buscaba cambiar del paradigma prohibicionista y la guerra contra el narcotráfico hacia una política de paz, y reconociendo que en materia de consumo de sustancias psicoactivas ya era insostenible el modelo prohibicionista en México.

En dicho documento se sostiene que la única posibilidad de reducir los niveles de consumo en drogas era levantar la prohibición de sustancias ilícitas y reorientar los recursos para combatir el problema de personas con adicciones o con problemas de la salud mental, cuyo fin era aplicarlos en programas masivos y personalizados para favorecer la reinserción social y la desintoxicación. Sin embargo, ya han transcurrido seis años de su administración y en pleno año 2024 la Presidencia ha rechazado informar sobre el presupuesto específico de algunas campañas en salud pública.

Según la Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC, 2023) la gestión del presidente Andrés Manuel invirtió por lo menos 74 millones de pesos en el sector salud nacional y con ello hizo propaganda de un discurso donde las personas consumidoras de sustancias psicoactivas son criminales, siguiendo un discurso de muerte y miedo. Además de que la Comisión Nacional contra las Adicciones subraya que fue desplazada de la Estrategia Nacional sobre Adicciones sin ser tomada en cuenta y que todas las acciones de comunicación social y vocería ahora corresponden a la presidencia.

Para confirmar estas acciones durante el mandato del expresidente Andrés Manuel, el 17 de marzo de 2020 cuando se presentó la campaña *“En el mundo de las drogas no hay final feliz”*, daba un indicio sobre el apego a las acciones de la Estrategia Nacional para la Prevención de Adicciones (ENPA). Por lo que, la CONADIC ya no tuvo participación en la toma de decisiones en ese año.

Ante esta situación, la CONADIC reportó que, entre el año 2019 - 2023 se destinó en promedio un poco más 67 millones de pesos a distintas campañas sobre adicciones, por lo que el gobierno de México celebró contratos con al menos 11 plataformas de comunicación que difundieron el mensaje en campañas enfocadas en drogas químicas. Los temas de

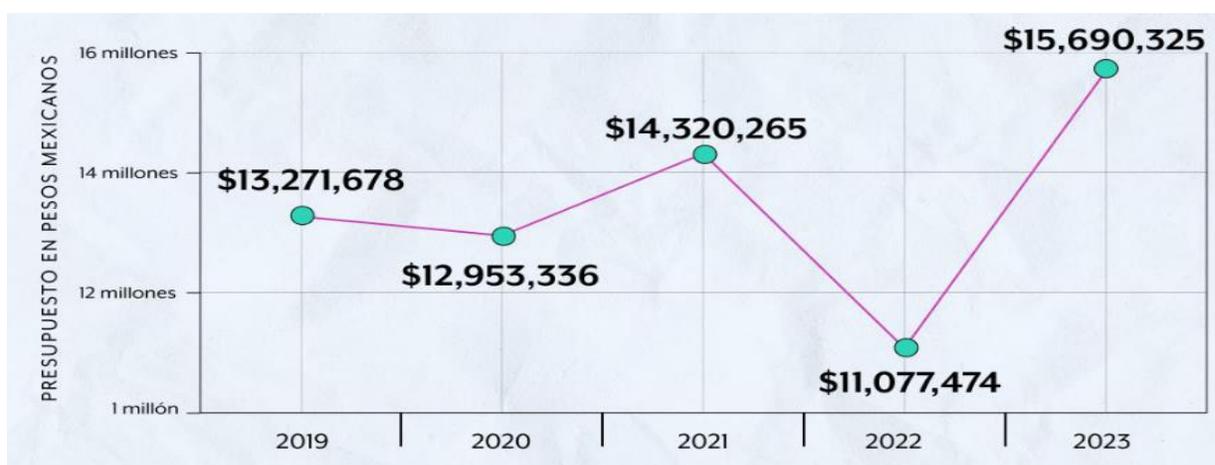
campaña que empezaron a reproducir fue “*Prevención de consumo de drogas químicas*” por lo que, se continuó con el discurso de la prohibición y de la abstinencia en las drogas cómo el fentanilo, el cristal, inhalantes, piedra, etcétera. Por lo que, el mandato presidencial destinó 7 millones 440 mil 240 pesos en difusión de campañas de radio, televisión y elaboración de materiales con el eslogan “*En el mundo de las drogas no hay final feliz*” (CONADIC, 2023).

Ante estas irregularidades, el 17 de marzo, el coordinador general de Comunicación Social y vocero de la presidencia, el Lic. Jesús Ramírez Cuevas, destacó que no hubo un impacto real en las campañas de consumo de drogas, y que no habían impactado de manera significativa en la población mexicana. Además, en eslóganes publicitarios sobre los efectos negativos del consumo de drogas el gobierno jamás se apegó a los lineamientos de la Estrategia Nacional para la Prevención de Adicciones y con el Plan Sectorial de Salud 2019-2024 y el Programa de Salud Mental y Adicciones 2020-2024.

En la siguiente gráfica y tabla se muestra el porcentaje destinado e invertido en campañas de prohibición en México durante el año 2019 a 2023.

**Gráfica 2**

*Campañas de Comunicación CONADIC*



*Nota:* Gráfica de solicitudes de información pública por CONADIC (2023).

**Tabla 8***Gestión presupuestal a la Salud mental y Adicciones 2019-2024*

<b>CONADIC</b>	<b>PRESIDENCIA</b>	<b>Total, del presupuesto</b>
Total del presupuesto invertido en campañas de 2019 a 2023	Campaña “Prevención de consumo de drogas químicas”	Total invertido en campañas publicitarias en radio y televisión
<b>\$ 67,313,078</b>	<b>\$ 7, 440,240</b>	<b>\$ 74, 753,318</b>

*Nota:* Gráfica de solicitudes de información pública por CONADIC (2023).

Al inicio de la administración del actual mandato sexenal en 2018, la CONADIC promovía las lógicas de la ENPA y buscaba privilegiar el discurso opuesto al prohibicionismo en uso de sustancias. Sin embargo, el poco financiamiento público y los recursos limitados terminó por desaparecer la CONADIC, dando paso a la creación de la Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones (CONASAMA) el 29 de mayo de 2023.

Durante este gobierno sexenal, se evidencia que el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2024 presentó una serie de propuestas sobre la política de drogas acercándose a la reducción de daños y con un eslogan “*Juntos por la Paz*”, y solo duró un año esa campaña apegada a la ENPA. Por lo que, desde el 2020 al 2024 el gobierno de AMLO retomó las campañas punitivas y de abstinencia hacia el consumo de drogas llevadas también en sexenios anteriores en México, Felipe Calderón Hinojosa (2006-2012) y Enrique Peña Nieto (2012-2018).

Según el Informe sobre la Estrategia Internacional Para el Control de Drogas (INCSR), que anualmente hace el Departamento de los Estados Unidos de América, publicado en marzo de 2023, demuestra que la política de drogas del sexenio actual sólo endureció y reforzó el crimen organizado y que la violencia en México aumentó. Asimismo, las redes de corrupción gubernamental siguen protegiendo a los carteles de la droga y la política de este sexenio en México no impactó de la manera que se estableció en metas y acciones gubernamentales y sólo reflejó una barrera de omisiones en el terreno de la salud física, mental de las personas que son usuarias de sustancias.

Siguiendo esta línea el tema del chemsex como problema de salud pública queda fuera de la agenda pública y de los programas de acción pública. Lamentablemente, no hay estadísticas fuertes en México sobre el chemsex, lo que aún dificulta la articulación y aplicación de políticas públicas de prevención y atención. No obstante, las organizaciones civiles en México han impulsado poco a poco iniciativas y recomendaciones al Estado Mexicano en políticas de reducción de riesgos y daños sobre el chemsex.

## **Programas y Acciones de Política en España**

### ***Política Nacional de Salud Sexual***

La diversidad de las acciones de las Comunidades Autónomas en el Sistema Nacional de España ofrece una gama extensa de oportunidades para el aprendizaje y la colaboración en la mejora de la calidad. La evolución del sistema, sus características territoriales y su capacidad de adaptación e innovación, permiten la coexistencia de aspectos comunes y de situaciones diferenciales en respuesta a problemas y necesidades de salud.

Durante el desarrollo de la política interna en España colabora mutuamente con otras instituciones, cómo el Observatorio Europeo y el Observatorio del Sistema Nacional de Salud, el Órgano dependiente del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar y se fundamenta en cinco ejes de la salud pública que están íntimamente ligados y aceptados:

1. Determinantes de la salud, con una fuerte orientación al abordaje de la equidad en salud.
2. Salud en todas las políticas.
3. Enfoque de una sola salud.
4. Objetivos de Desarrollo Sostenible
5. Gobernanza para la Salud.

En esta política de salud nacional se priorizó en 2017 la integración del chemsex como un asunto de salud pública y la intervención de varios programas nacionales en su abordaje.

### ***La Creación del Plan Nacional Sobre Drogas (PND,1985)***

España es un país consumidor y productor de sustancias psicoactivas controladas, además de epicentro de tránsito de numerosas rutas de mercados ilícitos internacionales. En

este sentido, el caso español desafiaba las categorías entre un país consumidor, productor o de tránsito de las drogas. Hay que recordar que entre los años 80 y los 90 el consumo de heroína inyectada hizo aumentar en España la mortalidad en las y los jóvenes, asimismo, la demanda de atención sanitaria y la delincuencia a mano armada. En esos años, las drogas eran un tema principal en la agenda pública de aquel país.

Ante esta situación, España reportó el mayor impacto de mortalidad por sobredosis entre 1991 y 1992 con aproximadamente 2000 mil fallecimientos anuales (EDADES, 1995)<sup>15</sup>. Siguiendo esta línea, también esos años la pandemia del VIH estaba en auge por el mundo y España no fue una excepción, pues en más del 90% de personas infectadas por este virus de transmisión sexual estaba implicada la transmisión por compartir agujas a través de la inyección de heroína. Entre 1993 y 1995 en las ciudades de Barcelona, Madrid y Canaria se diagnosticaron más de 3500 casos del VIH anuales; suponiendo un 26% de muertes entre los jóvenes de 15 a 39 años (EDADES, 1997)<sup>16</sup>

Esto favoreció que en 1985 se creara el Plan Nacional sobre Drogas (PND, 1985) que empezó a consolidar una red de atención a problemas relacionados con las adicciones y al consumo de sustancias psicoactivas y el inicio de Centros de Tratamiento por toda la geografía nacional. Por lo que, el número de centros y programas no dejan de crecer, y tienen una buena aceptación social. Algo similar contempló los programas preventivos de drogas. Se destaca un claro impulso de apoyo social la labor que hacen los profesionales de la salud en los Centros de Drogodependencias.

Otro problema social que es paralelo al tema de consumo de drogas en los años 80 y 90 fue el narcotráfico. Durante esa época con la creación del PND es cuando se desarrolla intensamente la prevención de drogas en España, que llega con un alto índice de conocimiento a las y los profesionales de la salud, que posteriormente descendería el presupuesto dedicado a la prevención en drogas en el sector sanitario. Es aquí donde la cultura de prevención siempre fue la variable pobre en el tema de las drogas, es decir, con pocos recursos para la misma y con frecuencia es con uso de metodologías y programas poco eficaces (Becoña, 2002).

Por otra parte, el caso de México es diferente al español, desde la década de 1980 los primeros casos de VIH se daban prioritariamente en varones homosexuales y hombres que

---

<sup>15</sup><https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/domiciliari a/resultados/home.htm>

<sup>16</sup>[https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/EDADES\\_1997.pdf](https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/EDADES_1997.pdf)

tienen sexo con hombres y un porcentaje menor mujeres que habían recibido transfusiones sanguíneas. Precisamente, México fue uno de los primeros países en prohibir en 1986 el comercio de la sangre a raíz del descubrimiento de los medios de transmisión del VIH. En México como tal no hubo un plan de acción emergente como en España, no obstante, la Dirección General de Epidemiología y el Instituto Nacional de Nutrición fueron las instituciones en donde se concentraron esfuerzos y se diseñaron estrategias y guías. Finalmente, México empezó con acciones de control con políticas orientadas al uso del condón masculino para la prevención del VIH en hombres que tienen sexo con hombres en 1985 y la obligatoriedad del tamizaje para VIH de la mayoría de las personas donantes de sangre en 1986.

### ***Plan de Acción sobre Adicciones (2021-2024)***

Desde que en 1985 se aprobó el primer Plan de acción sobre drogas, España ha contado con elementos de planificación en este rubro de las drogas y adicciones. A lo largo de décadas han proporcionado un marco de planificación para las actuaciones de la Administración General del Estado, las comunidades autónomas y las corporaciones locales que derivan en este terreno.

Este Plan puso en marcha en 2021, su misión es ofrecer un enfoque integrado, equilibrado y basado en la evidencia para llevar a cabo los planes y programas relacionados con las adicciones que son objeto de su competencia. Los objetivos son contrarrestar los daños asociados al uso y consumos de sustancias psicoactivas con potencial adictivo que conllevan a las adicciones comportamentales, y disminuir la presencia de adicciones comportamentales, así como retrasar la edad de inicio a las adicciones.

Aunque la Delegación de Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas es el Órgano Administrativo que prepara y gestiona los Planes, estos marcan las prioridades para todos los actores que contribuyen a darles una solución. Después de que la Naciones Unidas propusieran que los estados miembros adoptaran estrategias de alto impacto, España se dotó de una primera Estrategia Nacional sobre el uso de Drogas al tiempo que la Unión Europea adoptó también una estrategia propia de actuar.

La Estrategia Nacional marca las grandes líneas de actuación frente a las drogas y las adicciones en España, con ciertos periodos de vigencia de ocho años. Los Planes de acción concretan objetivos, acciones, y actividades. Por esta razón, La Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024 se aprobó en febrero de 2018, y el último Plan Nacional sobre Adicciones 2018-2020 se acordó unos meses después de las comunidades Autónomas en la Comisión Sectorial.

Como tal, se describe la Misión del Plan de Acción sobre Adicciones, está se enmarca en la Estrategia Nacional sobre Adicciones (ENA), la misión de dicho plan es ofrecer un marco de referencia con un enfoque integrado y basado en evidencia y contemplando las acciones de la Estrategia Europea (declaraciones de la ONU, UNGAS, Convenciones, etcétera). Los objetivos que forman parte son; disminuir los daños asociados al consumo de sustancias con potencial adictivo y los ocasionados por las adicciones comportamentales, disminuir la presencia y el consumo de sustancias con potencial adictivo y las adicciones comportamentales y retrasar la edad de inicio en las adicciones.

Consecuentemente, con la visión en 2024 se habrá reducido en España los daños asociados al consumo de sustancias potencialmente adictivo y los ocasionados por las adicciones, a través de la ejecución de políticas sobre drogas y adicciones encaminadas a disminuir su presencia y consumo, con actuaciones dirigidas a las personas y contexto, familias, comunidad y conjunto de la sociedad, contribuyendo a construir una sociedad más saludable, informada y segura.

El plan de acción estratégica se dirige a un enfoque de Salud Pública Integral, incluyendo a la persona, su entorno familiar y social y al conjunto de la comunidad. Por lo que, la salud pública tiene orientación siempre comunitaria con acciones dirigidas al individuo afectado directamente por la adicción. Este plan de acciones constituye una serie de valores que influyen de manera integral la estrategia:

- Universalidad
- Coherencia y colaboración entre Administraciones
- Atención a la diversidad
- Corresponsabilidad social y responsabilidad pública
- Equidad
- Perspectiva de Género
- Transparencia
- Evidencia científica
- Participación
- Intersectorialidad e interdisciplinariedad
- Calidad
- Eficiencia y sostenibilidad
- Campo de actuación

En esta misma línea, los principios rectores del plan en el programa que buscan mantener la congruencia con los lineamientos que se establecen en este periodo de gobierno, y que tienen el objetivo de consolidar una propuesta para direccionar estas acciones en la atención de la salud mental y el bienestar de todas las personas que son consumidoras de sustancias.

### ***Estrategia Nacional sobre Adicciones (2017-2024)***

En julio de 1985, se creó el Plan Nacional sobre Drogas (PNSD), y se han elaborado dos Estrategias para establecer el marco de actuación de políticas públicas de drogas y drogodependencias en España, así como las líneas generales para la ejecución de éstas.

Las Estrategias Nacionales, como documentos de planificación, se han consolidado como el medio principal a través del cual se establecen y apoyan las diferentes respuestas ofrecidas a nivel local y regional, creando una herramienta sólida para aquellos que deseen implementar o elaborar políticas en drogas.

La Estrategia Nacional Sobre Adicciones 2017- 2024 se apoya en las dos primeras que la precedieron (Estrategia Nacional Sobre Drogas 2000-2008 y Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016).

Por lo tanto, las áreas de actuación transversales comprenden: a) la coordinación, b) la gestión del conocimiento, c) la legislación, d) la cooperación internacional, e) la comunicación y la difusión, f) la evaluación y la calidad.

Dicha Estrategia se lleva a cabo a través de dos planes de acción consecutivos de periodicidad cuatrienal, de 2017-2020 y de 2021-2024. Estos planes de acción gubernamental especifican una serie de acciones específicas a desarrollar, con los organismos entidades o unidades administrativas responsables de su implementación, así como la evaluación de cada periodo.

### ***Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida***

La Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida en España ha realizado un documento técnico sobre el abordaje del fenómeno chemsex para que organizaciones civiles, instituciones sanitarias, centros de consejería de VIH y centros de ITS y organizaciones que dispongan servicios de atención a personas que practican chemsex dispongan de información valiosa para integrar visiones multi e interdisciplinarias procedentes de diferentes administraciones y organizaciones comunitarias y así poder llegar a un sector amplio de profesionales que, en su día a día, entran en contacto con usuarios o potenciales usuarios de chemsex, pero no disponen

de los conocimientos ni herramientas para abordar su prevención o su manejo integral (SPNS, 2020).

### ***Informe sobre el chemsex en España***

La Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida y la Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación a través de las subvenciones, proyectos comunitarios vinculados al chemsex durante los últimos años, formuló un plan de trabajo para establecer y consensuar estrategias adecuadas de prevención, disminución de riesgos y reducción de daños en la población que lo practica, teniendo en cuenta los recursos del Sistema Nacional de Salud. Con el propósito de implementar este programa en el sector sanitario público de toda España para proporcionar respuestas efectivas al problema emergente del chemsex (SPNS, 2018).

### ***Plan de Adicciones en la Ciudad de Madrid 2022/2026***

Las líneas estratégicas en las que se enmarca el Plan se articulan en torno a la prevención en el ámbito educativo y comunitario, la atención integral de adolescentes y jóvenes y de personas adultas. Todas las acciones tienen perspectiva de género para adaptar las acciones y necesidades específicas de las mujeres y para prevenir y detectar la violencia de género.

La elaboración del plan tiene como ejes fundamentales la reducción de riesgos y daños en materia de prevención para el uso y consumo de sustancias psicoactivas en problemáticas y necesidades específicas en la atención para las adicciones en colectivos LGTTTIQ, en personas que practican chemsex, trabajo sexual, y entre otros.

### ***Programa Piloto Pausa***

"PAUSA" es un programa piloto sobre chemsex, que se ha puesto en marcha desde la Subdirección General de Adicciones, de Madrid Salud desde septiembre a diciembre del 2020, se dirige a personas LGTTTIQ que consumen drogas para tener relaciones sexuales. El programa de intervención "Pausa" cuenta con dos agentes de salud especializados en adicciones, salud sexual y chemsex. Las y los expertos de salud ayudan a comprender mejor cómo afecta el chemsex, informan sobre los servicios públicos y comunitarios disponibles para abordar el chemsex en la ciudad de Madrid, actuando como enlace a los mismos. Se espera que esta experiencia piloto contribuya también a identificar y neutralizar barreras de acceso a la red sociosanitaria, y que ayude a incorporar una mayor participación de los usuarios en el diseño de futuras intervenciones de prevención y de abordaje de sus necesidades de salud.

### ***Chemsex/ hablemos de la tina***

Esta iniciativa, realizada con financiación del Plan Nacional sobre Drogas (2019), aporta información sobre otros aspectos del chemsex, como el slam, el policonsumo o la reducción de riesgos. Además, la web de la campaña incluye un buscador para localizar servicios dirigidos a las personas que practican chemsex, tales como apoyo psicológico, intervención grupal, atención online o pruebas de VIH, que las entidades de CESIDA realizan de manera gratuita en toda España.

### ***Plan Estratégico para la Prevención y Control de la Infección por el VIH y las ITS en España 2021-2030***

Este Plan Estratégico, el quinto que se presenta en España, supone un salto cualitativo porque, por primera vez, se aborda con determinación el objetivo de eliminación del VIH. Lo hace, indudablemente, representando el espíritu interdisciplinar y transversal que caracteriza a la respuesta al VIH, pues cuenta con la participación de todos los actores relevantes. Justamente el apartado 1.5 ahonda con respecto al tema del chemsex desde una perspectiva de reducción del daño.

#### ***Realización de un abordaje multidisciplinar del chemsex***

- Se promoverá el abordaje del chemsex desde una perspectiva multidisciplinar, teniendo en cuenta las necesidades de usuarios y pacientes, y fomentando la coordinación entre servicios, la complementariedad entre profesionales y la colaboración entre servicios públicos asistenciales y entidades.
- Se fomentará la formación de profesionales y socios sanitarios en aspectos de chemsex, así como su incorporación en los planes de estudio y en la formación dirigida a profesionales en las administraciones públicas.
- Se desarrollarán y reforzarán los sistemas de información y las herramientas de vigilancia epidemiológica para analizar el fenómeno del chemsex, sus patrones y tendencias y su impacto en la salud de las personas y en la salud pública.
- Se desarrollarán acciones de prevención primaria selectiva dirigidas a hombres GBHSH con riesgo de implicarse en la práctica del chemsex.

- Se desarrollarán acciones de prevención secundaria y terciaria dirigidas a quienes ya practican chemsex, garantizando su participación en la detección de necesidades, en la creación de estrategias y mensajes preventivos, y en la selección de los canales comunicativos más adecuados para difundirlos.
- Se trabajará en la simplificación del circuito asistencial para el usuario, incluyendo consultas integradas, prestadas por parte de diferentes profesionales en un mismo espacio.

Después de evidenciar los programas sanitarios entre México y España y describir las acciones que se han tomado referente al tema de las adicciones, del consumo de sustancias y visibilizar lo poco que ha establecido México en sus acciones gubernamentales sobre las prácticas sexuales de riesgo y su implicación con las drogas se corrobora que su compromiso con el problema es nulo y que este se ha abordado dentro del panorama del consumo de drogas.

Por otra parte, en España el Plan Nacional de Adicciones interfiere en una acción gubernamental integral, pues se apoya de la Estrategia Nacional sobre Adicciones y dentro de ella se toma ya como problema público el fenómeno del chemsex y sus principales actuaciones de control, de la misma manera el Plan Estratégico para la Prevención y Control de la Infección por el VIH y las ITS articuló dentro de sus acciones proporcionar al personal médico, de enfermería y consejeros una capacitación sobre las personas que consumen drogas y que pertenecen a la comunidad LGBTTTIQ, y llevar una serie de recomendaciones en ciertas clínicas especializadas en el vih sobre las prácticas de chemsex y fomentar pláticas de sensibilización sobre el chemsex.

Si bien, se destacaron varios programas sanitarios de ambos países, dentro de esta lógica de analizar e interpretar los datos presentados, dentro de estas políticas de salud engloban dos Estrategias nacionales (ENA y ENPA) que abordan estrictamente la problemática del uso de sustancias, las medidas preventivas, los factores de riesgo y por ende la salud mental en adicciones.

En este tercer capítulo se presentaron los diferentes programas de acción sanitaria con enfoque de reducción del daño en materia del consumo responsable de sustancias psicoactivas en España. Sin embargo, en México no es de acción prioritaria que la

perspectiva de reducción de riesgos y daños se considere como una política pública que integre programas y prácticas orientadas a minimizar los impactos negativos del consumo de drogas tanto en a nivel de salud, social y legal. A pesar, de que ya se encuentra dentro de la Norma Oficial 028 la categoría de reducción de riesgos y daños en relación con el consumo de sustancias aún falta por concretar y especificar de manera detallada en las prácticas de chemsex y articular con la prevención y el tratamiento desde la salud pública dirigidas a población clave.

Para redondear el proceso de investigación a continuación, se presenta el último capítulo que aborda el proceso de análisis comparado siguiendo la línea del método de la educación comparada para sostener la articulación teórica conceptual y metodológica que se sostiene en esta investigación.

## **Capítulo IV. Análisis comparado**

En este capítulo, se presenta el análisis comparado de dos políticas públicas entre México y España, dichas acciones implementadas por el Estado en cada país se aterrizan de diferente especificidad en programas sanitarios sobre el consumo de sustancias psicoactivas con particular en identificar que se hace ante la práctica de chemsex. Esta articulación comparada que abarca desde los estudios de la sexualidad y de la educación comparada abre un marco analítico con relación a políticas públicas que aterrizan en leyes, programas y acciones dentro del ámbito educativo, de salud, de la cultura y por supuesto en la política.

La finalidad de este capítulo es desarrollar un análisis comparado (yuxtaposición/comparación) de los distintos programas de prevención para personas usuarias de sustancias psicoactivas, específicamente en el abordaje del chemsex entre México y España, a fin de contribuir con alternativas de atención en el consumo de drogas en espacios sexualizados, sin poner en riesgo la salud física y mental.

Además se plantea la construcción de un pronóstico de política pública desde el enfoque de la salud en el consumo de sustancias psicoactivas desde la perspectiva de reducción de riesgos y daños para generar una gestión de placeres, reconociendo que los usos responsables de sustancias son un medio para obtener experiencias positivas para el propio bienestar o gozo.

### **Unidades de análisis**

Una vez que se ubicó el contexto de las políticas públicas de salud en México y España se procede al análisis donde la ruta metodológica es cualitativa y desde el enfoque de la educación comparada. Se sitúa en particular en la Estrategia Nacional sobre Adicciones (España) y la Estrategia Nacional para la prevención de Adicciones (México) y comprender el caso actual de los ejes de intervención sobre las acciones y omisiones con el fin de comparar las unidades.

## Origen de los datos

Los datos primarios recogidos y seleccionados en la investigación incluyen textos (documentos gubernamentales y no gubernamentales) y multimedia (páginas de internet) desde las siguientes fases: Existe una búsqueda bibliográfica exhaustiva en la ubicación de las investigaciones encontradas en bases de datos de divulgación científica.

**Tabla 9**

### *Comparación de políticas de salud en drogas*

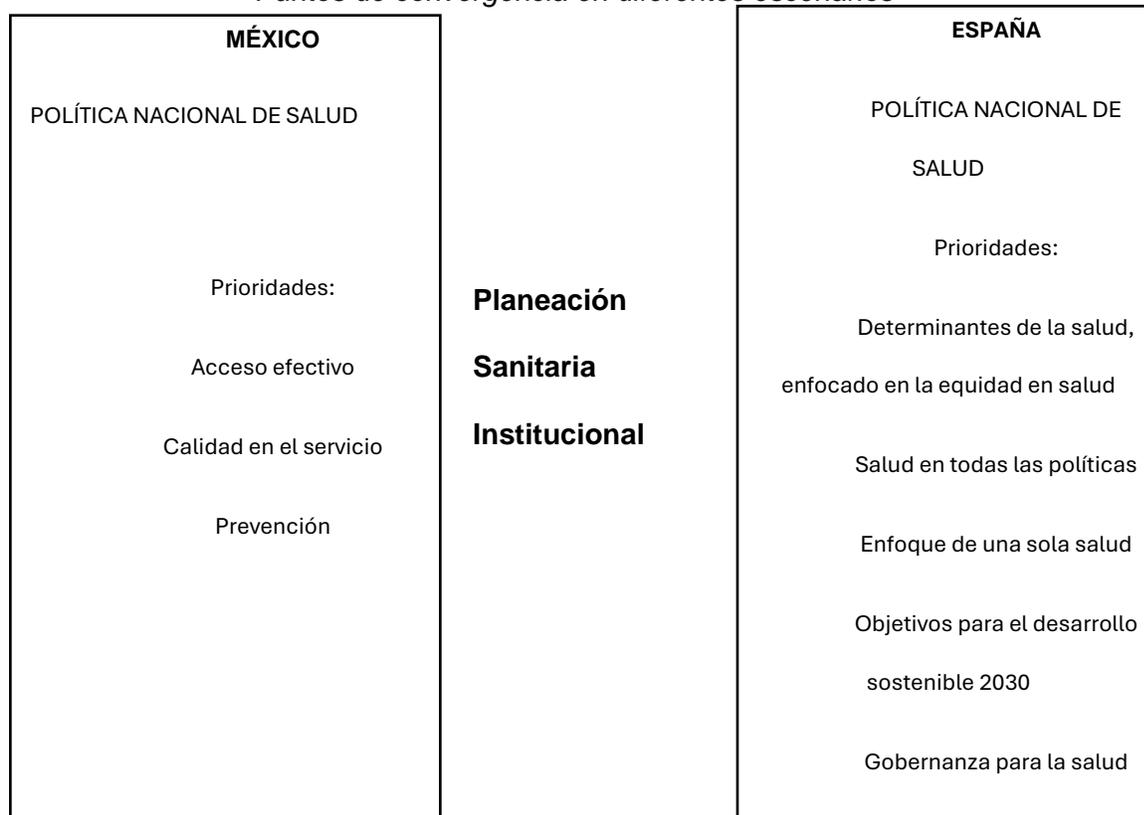
<b>MÉXICO</b>	La salud pública obedece y se apega al artículo 4° constitucional cuya intención central es que todos los mexicanos, independientemente de su condición laboral o socioeconómica, tuvieran acceso a los servicios integrales de salud, prevención de enfermedades, detección, y tratamiento de enfermedades y recuperación (Diario de la Federación, 2020).
<b>ESPAÑA</b>	La salud pública tiene una orientación siempre comunitaria con acciones dirigidas al individuo afectado directamente por la adicción, teniendo en cuenta que la acción individual repercute también sobre el conjunto de la comunidad (en términos de seguridad, económicos, y de salud, etcétera). Primar las personas para potenciar la salud colectiva porque el consumo de drogas trasciende de quien las consume al conjunto de la sociedad y porque todo el mundo es vulnerable potencial de estos consumos a lo largo de su vida, sin abandonar las acciones de mejora de la salud perdida y de los procesos necesarios para la rehabilitación – reinscripción, abarcando además el conjunto de las personas afectadas en el entorno de una persona adicta (Plan Nacional Sobre Drogas, 2021)

*Nota:* Elaboración propia a través de información recopilada

Sí bien en la contrastación de los enfoques de salud pública en los dos países es abismal la diferencia y el discurso hacía que momentos van dirigidas en concreto las acciones, es de relevancia tener en cuenta los términos en brecha de semejanzas o diferencias.

La estructura de gobernanza de los países es distinta por la influencia de las políticas internacionales en su forma de impactar en el sentido de gobernanza y la situación de efectuar políticas públicas dentro de sus territorios nacionales y con ello la implementación de programas gubernamentales para el sector salud o sanitario.

*Puntos de convergencia en diferentes escenarios*



De acuerdo con Bereday (1968), en estas comparaciones se busca comprender la relación causa – efecto en dos o más casos. En este caso, solo son dos países en la que se identifican tres etapas significativas en la estrategia de investigación orientada a los casos; se buscan similitudes entre las unidades de comparación que presentan resultados comunes, se muestran similitudes identificadas casualmente relevantes al hecho de interés y basándose en las similitudes identificadas, se formula una explicación general.

En algunos casos, las unidades de comparación son aparentemente distintas, pero el fenómeno de políticas en ambas manifiesta resultados comunes.

**Objeto de estudio: Programas de Salud en consumo de sustancias psicoactivas**

Para abordar este apartado se sigue la ruta metodológica de la educación comparada, específicamente en la fase de yuxtaposición que da sentido al análisis sobre las acciones u omisiones de las políticas públicas de salud sexual en consumo de sustancias psicoactivas entre México y España.

## **Análisis de semejanzas, diferencias**

### **Comparación de las acciones de gobierno en los programas relacionados con el Sector Salud Público entre España y México**

Los gobiernos son los responsables de formular la política pública en salud y también, por ende, la construcción, sistematización y desarrollo de las líneas de estas, así como su evaluación. Una de las características de la práctica de salud es la hegemonía de la atención médica sobre la práctica preventiva y los factores de riesgo.

Los sistemas públicos de salud han estructurado principalmente, un eje de la prevención de las enfermedades, en la curación de patologías y finalmente en la prevención clínica. Al problematizar la política sanitaria, y repensar el Estado, es importante analizar en la construcción de la propia política.

En realidad, son los gobiernos los responsables de formular la política sanitaria, por ende, la política de salud que más fácil se reconoce, es la que instrumenta el Estado, o más precisamente los gobiernos.

En el caso de México, el Programa Sectorial de Salud 2020-2024, es donde el Gobierno mexicano manifiesta estrategias y acciones con las que determina los objetivos en materia de salud que se han establecido y que están relacionados con el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2024. En este sentido, las estrategias vinculadas a cada uno de los objetivos proyectan, consolidan la promoción, la protección a la salud y la prevención de enfermedades, específicamente, en la reducción del impacto negativo de algunas enfermedades crónico-degenerativas y de los hábitos no saludables (Programa Sectorial de Salud, 2020).

El caso de España es similar, el proceso de elaboración del Plan de Acción sobre Adicciones 2021-2024 se enmarca en la estrategia europea sobre drogas y en la Estrategia Nacional Vigente. Estas acciones derivadas de la Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-

2024 marca las grandes líneas de actuación frente a las drogas y las adicciones en España, con periodos de vigencia de ocho años.

De acuerdo con el gobierno español, desde la creación del Plan Nacional sobre Drogas en julio de 1985, se han elaborado y aprobado distintos planes y estrategias consensuadas y aprobados por el Consejo de Ministros para establecer el marco de actuación de las políticas de adicciones en España.

En esta parte se presenta la contrastación de los rasgos y características de los países, su mandato gubernamental y las acciones u omisiones de las políticas públicas entre México y España. Por la complejidad que supone realizar un estudio que abarque la ENPA y la ENA, se reconoce una tendencia a nivel de panorámica general en este estudio.

Las Temática del estudio comparativo es describir las similitudes y diferencias de las dos estrategias de salud en consumo de sustancias y en qué medida la ENA y la ENPA han nutrido con su desarrollo en los ejes de intervención en área de la salud de la diversidad sexual que es donde se ha concentrado en mayor medida las prácticas sexuales de riesgo y su relación con las drogas recreativas (Domínguez, 2016).

Dentro de sus semejanzas se destacan:

**Tabla 10**

*Políticas de salud en consumo de sustancias psicoactivas*

<b>Rasgos</b>	<b>Estrategia Nacional Para la Prevención de Adicciones (ENPA)</b>	<b>Estrategia Nacional Sobre Adicciones (ENA)</b>
<b>País</b>	México	España
<b>Año de Creación</b>	2019	2017
<b>Organización gubernamental</b>	Secretaría de Salud	Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social
<b>Concepción del modelo</b>	Nuevo Modelo Mexicano	Documento de Planificación

<b>Objetivo de la creación</b>	Impactar en las determinantes biopsicosociales que previenen y reducen el uso de sustancias psicoactivas.	Disminuir los daños asociados al consumo de sustancias psicoactivas con potencial adictivo y los ocasionados por las adicciones comportamentales
<b>Ejes de intervención</b>	Participación comunitaria y social, Salud, Bienestar, Inclusión económica, Mejoramiento Urbano, Educación, cultura y deporte, Seguridad y cohesión social.	Enfoque de Salud Pública Integral. Universalidad Coherencia y colaboración entre administraciones públicas. Atención a la Diversidad Sexual Corresponsabilidad social y responsabilidad pública.

---

*Nota.* Elaboración a partir de información recopilada de diversos documentos de los programas sanitarios entre México y España.

La ENA 2017-2024 tiene por objeto a las sustancias psicoactivas y/o drogas, ya sean de comercio legal (alcohol, el tabaco o determinados fármacos), o excluidas de ese comercio legal, incluyendo también las nuevas sustancias sintéticas. Además, a diferencia de las anteriores estrategias y respondiendo a la evolución del fenómeno de las adicciones en España. Esta Estrategia contempla a las adicciones con o sin sustancia, un ejemplo es a otras adicciones de la salud mental, como la adicción a los videojuegos y al consumo de drogas sintéticas en las aplicaciones de las nuevas tecnologías móviles.

Por otra parte, en la ENPA 2019-2024 las líneas de acción inmediata y que contempla sin mayor esbozo son las llamadas líneas paralelas, que desprende el Programa Nacional de Prevención del Suicidio, disminución de las violencias y grupos vulnerables y minorías sexuales.

A continuación, se muestra la siguiente tabla sobre la comparación en sistemas de salud sanitario:

**Tabla 11**

*Comparación de los indicadores de Sistemas de Salud entre México y España*

<b>INDICADOR</b>	<b>MÉXICO</b>	<b>ESPAÑA</b>
Universalización de Sistemas de Salud	45.30% Seguridad Social 80% IMSS 18% ISSSTE 30. 2% Población no asegurada	Derecho universal a la asistencia sanitaria para los nacionales y residentes
Atención primaria en salud	45%	70% de la población
Recursos Humanos para la Salud	Médicos: 1.85 Enfermeras: 2.20	Médicos: 4.80 Enfermeras: 5.70
Calidad de la Atención de la salud	81% la considera como buena/regular	70% la considera buena
Cobertura en Salud	70.8%	99.4%
Organización	Servicio Público y Privado Tres niveles de atención	Dos niveles de atención
Gasto en total de salud	6.9	9.7

*Nota:* Elaboración propia a través de información recopilada de la OPS, (2022).

Como se puede notar, hay enormes diferencias de los dos sistemas de salud. En este ejemplo el Sistema de Salud Español:

- Profesionales mejor preparados a las circunstancias o necesidades, por su sistema de reacción.
- Aprovechamiento de los recursos económicos, humanos, y logísticos.
- Cobertura universal con accesibilidad y transferibilidad a la población.
- Políticas Públicas con gran apoyo en tres pilares: Salud, Educación y Protección Social.
- Las Prestaciones y Programas son amplios con financiamiento público.
- Existencia de una importante margen de crecimiento del empleo sanitario
- Ofrecer al trabajador un apoyo laboral que esté basado en las funciones que deben operar.
- Sistema predominante integrado con sistemas de planificación población basados en la medicina de atención primaria.

- Sistema de seguridad social que funciona mediante contratos por financiadores y patrocinadores.
  - Sistema de Salud Mexicano
- Sistema burocrático con fallas de logística.
- Poca participación ciudadana por falta de concientización de la población y sus servidores públicos.
- El Sindicalismo como medio protector de los trabajadores al servicio de los sistemas de salud.
- Cultura laboral con escasa pertinencia en la comunidad.
- Manejo de programas aislados y que no conforman una verdadera política de salud.
- Personal sanitario y su concentración en grandes instituciones (generalmente del sector público o de gobierno) que por lo general están respaldados por el sindicalismo.
- Los Sindicatos más que ayudar u orientar a que el trabajador cumpla con sus funciones, dan al sector sanitario un modelo paternalista, con el que apoya a sus agremiados para realicen el menor trabajo posible.
- La atención Secundaria y Tercería, es fundamental para el sistema de salud y la atención a los pacientes.

En la siguiente tabla se contrastan las diferencias del sistema de salud

**Tabla 12**

*Diferencias contrastadas del sistema de salud entre España y México*

<b>SISTEMA DE SALUD ESPAÑOL</b>	<b>SISTEMA DE SALUD MEXICANO</b>
Correcta preparación de los profesionales de la salud.	Falta de actualización de los programas educativos para una mejor preparación de las y los profesionales.
Cobertura universal cercana a la real	Cobertura universal aparente

Preparación de los programas para la transición demográfica y epidemiológica	Programas que se han adecuado y son más bien reaccionarios ante la carencia de proyectos de largo plazo
Sindicatos más flexibles y con menores posiciones políticas dentro del sistema	Sistemas burocráticos complicados y con intervención en el sistema de salud
Basado en la Atención Primaria de Salud	Basados en Atención Secundaria y Tercera como parte importante de poder observar el cuidado de salud
Servicios basados en contratos financiador – proveedor	Sistema fragmentado que solamente presta servicio a afiliados o privados sólo al pagar los servicios

*Nota:* Elaboración propia a través de información recopilada de la OPS, (2023).

España, representa una monarquía parlamentaria, que tiene como representante máximo al Rey como un símbolo de unión para todas las provincias que conforman su país, ya que no intervienen directamente en la política, más bien en asuntos de protocolo en documentos ya pactados previamente.

Por otra parte, México tiene un gobierno federal y democrático, con un Poder Ejecutivo (presidente), un legislativo con dos cámaras. Además de los gobiernos estatales y municipales. Aunque existe un Plan Nacional de Desarrollo y existen muchos programas de fortalecimiento en el país, no se puede considerar que haya un modelo o política. Además, en México no hay evaluación en los programas.

En este panorama, el sector salud en México registró un incremento de usuarios de metanfetamina con un porcentaje 451% entre el 2013 al 2022 (CONASAMA, 2023). Se debe considerar que ambos países presentan realidades distintas por las brechas económicas, culturales, políticas y sociales, aunque los organismos internacionales digan lo contrario en sus informes oficiales, pero México presenta una desigualdad muy marcada en su sociedad, factor que se visibiliza en el nivel y calidad de vida de la población.

En España, el caso del sistema de salud ha tenido reestructuraciones planificadas siguiendo un hilo conductor desde su primer Plan Nacional de Salud en 1983, pero con la llegada

de personas extranjeras (turismo gay)<sup>17</sup> a su territorio ha complicado un poco los procesos sanitarios, aunque hay un soporte fuerte en las políticas de los gobernantes en dicho país, pues hay muchos recursos económicos que se invierten en el Sistema Sanitario.

En cuestión de Sistemas de Salud, el mayor problema se ubica en el Sistema mexicano, que es sin duda, un sistema segregado y fragmentado que no favorece su desarrollo. Lo cual pone en un espacio la crítica hacia las políticas dirigidas al sector salud y cómo se gestionan esos recursos en la capacitación del personal médico y administrativo para la mejora de atención específicamente a personas que son de la diversidad sexual y que son consumidoras de sustancias, para mejorar los medios en el desarrollo de la accesibilidad de los servicios sanitarios (Orellano, Nava, Onofre et., al, 2019). Siguiendo esta línea, sería recomendable mejorar la promoción y gestión de una verdadera justicia social, que haya igualdad de los servicios, sin importar ninguna situación o diferencia en el trato a cualquier persona.

Aunado a esta situación con el gobierno actual de México, en este sexenio presidencial la salud no fue un tema de atención primaria para el Estado. En la administración del presidente Manuel López Obrador se postergó desde el año 2019 hasta el 2024 un sistema de salud universal. Además, no solo ha pospuesto la fecha en el que logrará garantizar este sistema de salud, sino que también ha eliminado programas como el Seguro Popular e instauró el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI), que después de un tiempo fue eliminado, y ahora le apuesta en pleno 2024 el IMSS Bienestar. Desde el 2019 hasta el 2022, las cifras de atención de salud y abasto de medicamentos denotan más que una mejora una disminución en el acceso a los servicios de salud y todo el sexenio ha sido igual.

---

<sup>17</sup> También conocido como turismo rosa, se trata de los viajes realizados por personas dentro de la comunidad LGBTQ+. Lo más importante en este caso es la capacidad de los destinos para recibirlos, generando un ambiente de inclusión.

Sin duda alguna, el gobierno de AMLO tuvo omisiones dentro de la política de salud pública, destinó mayores presupuestos para la difusión de la Lotería Nacional y combatir la desinformación sobre la construcción del Tren Maya. Este comparativo entre el gasto destinado para la publicidad de algún proyecto o institución frente a la prevención de alguna enfermedad es todavía devastador, pues el Informe de la CONEVAL, 2023 en su *Estudio sobre el derecho a la Salud*, en enero y diciembre de 2023 dice que pagó 492 mil 876 pesos para la difusión de la Lotería Nacional, mientras que para la Prevención y Control del VIH-SIDA se destinó tan solo 3 mil 459 pesos, lo que representa 0.7% del gasto total.

La política de México de 2018 - 2024 se determina austera para el sector salud lo que conlleva a elevar los problemas de salud pública para las personas que viven con cáncer y para las personas que viven con VIH. Cabe recordar, que la mayoría de las personas que viven con VIH realizan prácticas de chemsex (CONASAMA, 2023) y por ende hay una preocupación con el financiamiento austero hacia el sector salud.

### **Antecedentes y transformaciones en la política de salud en consumo de sustancias psicoactivas en España y México que han llevado a su atención/omisión sobre el chemsex.**

#### **Situación en España**

El fenómeno del chemsex se detectó en Reino Unido en el año 2012 y se fue extendiendo paulatinamente por diferentes países de Europa, entre ellos en España. La adaptación del fenómeno a España conlleva a una definición específica, donde se pone en manifiesto las prácticas sexuales de alto riesgo combinadas con el uso de drogas recreativas.

El concepto de chemsex en España se dio a conocer por los medios de comunicación, por lo que, durante el 2012 al 2014 estos medios informativos utilizaban el término "sesión". Hasta la aparición del chemsex, de acuerdo con el documento internacional de *European MEN-WHO-HAVE-SEX-WITH-MEN AND TRANS-PEOPLE INTERNET SURVEY* (EMIS, 2010), menciona que en el año 2010 reclutó 174.209 hombres en 38 países a través de un cuestionario anónimo online de 25 idiomas y destacó un mayor consumo de sustancias psicoactivas entre los hombres

que tienen sexo con hombres que en población general. Otro estudio realizado en Reino Unido<sup>18</sup> en 2014 corroboró la misma tendencia con un mayor consumo de sustancias en HSH pero que viven con VIH. Estos datos destacan que el consumo de drogas recreativas es algo cotidiano en los HSH.

Como tendencia, en 2015 el Sector sanitario registró en España varios casos de hombres gay con sobredosis en las clínicas de Madrid, por lo que esto también fue un antecedente de la problemática a la que se enfrentaba el Estado como un asunto privado a un problema público. El vínculo que existe entre el consumo de drogas y el comportamiento de riesgo es complejo, pero queda claro que la relación es muy estrecha entre ambos. Una de las drogas que reportó un estudio realizado en 2017 en Londres fue la muerte por sobredosis por el GBH, esta sustancia es la responsable en Londres por un gran número de muertes en hombres que tienen sexo con hombres HSH durante el 2015 <sup>19</sup>. Por lo que, estas muertes pueden estar asociadas al policonsumo asociado al chemsex, ya que los afectados dieron positivo también en otras sustancias como el alcohol y la metanfetamina.

Este hecho demostró una ausencia de información por parte de los consumidores en los riesgos y potenciales daños en la administración de determinadas sustancias. A partir de estos acontecimientos se demostró que el uso de drogas entre el colectivo de HSH sufrió un cambio importante en los patrones de consumo, y esto agrava el asunto en la sexualidad y en la salud.

En el siguiente cuadro se da un panorama de los diferentes diagnósticos realizados en todo el territorio español, cuyo propósito es comprender dicho fenómeno desde distintas coyunturas de la salud mental de las adicciones y de las drogas.

---

<sup>18</sup> Recreational drug use, polydrug use, and sexual behavior in HIV-diagnosed men who have sex with men in the UK: results from the cross-sectional ASTRA study. [Recreational drug use, polydrug use, and sexual behaviour in HIV-diagnosed men who have sex with men in the UK: results from the cross-sectional ASTRA study \(thelancet.com\)](https://www.thelancet.com)

<sup>19</sup> Joanna Hockenfull, Kevin G. Murphy, Sue Paterson. An observed rise in  $\gamma$ -hydroxybutyrate-associated death this in London: Evidence to suggest a possible link with concomitant rise in chemsex. Forensic Science International. January 2017. Volume 270, Pages 93–9.

Tabla 13

*Situación temporal sobre el Chemsex en España*

<b>Consenso Internacional</b>	<b>Diagnóstico Nacional de Salud en consumo de sustancias psicoactivas sobre Chemsex</b>	<b>Informes Nacionales</b>	<b>Políticas Públicas de Salud</b>
1er Foro Europeo de chemsex – 2016	Aproximación del chemsex en España (2016)		Plan de Adicciones de la Ciudad de Madrid (2017-2021)
2do Foro Europeo de Chemsex – 2018	Encuesta Europea por Internet para hombres que tienen sexo con hombres (2017) Documento Técnico sobre el Abordaje del fenómeno del chemsex (2017)		Estrategia Nacional Sobre Adicciones (2017-2024)
3er Foro Europeo de chemsex – 2019	Aproximación al chemsex: 2021 Encuesta sobre hábitos sexuales y consumo de drogas en España entre hombres GBHSH. Consumo recreativo de drogas y su uso sexualizado (chemsex) en GBHSH de España (Estudio de HOMOSALUD), 2021 Resultados del Cuestionario sobre el estado actual de la respuesta institucional al fenómeno del chemsex en las comunidades autónomas (2023)	Informe sobre el chemsex en España (2019) Reducción de Riesgos en Chemsex (2020) Informe Chemsex (2021-2022) Propuesta para mejorar el cribado de las prácticas de chemsex en España (2024)	Plan de Acción Sobre Adicciones (2021-2024) Plan de Prevención y Control sobre el VIH y otras ITS (2021-20230) Plan de Adicciones de la Ciudad de Madrid (2022-2026)

*Nota:* Elaboración propia a partir de información recopilada

Cómo se puede observar en la tabla anterior, se describieron por secciones las distintas coyunturas de la problemática del chemsex. Sí bien, el abordaje del chemsex es multidisciplinar. Por ello, desde la Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida se ha promovido la realización del documento técnico “Abordaje sobre el fenómeno del chemsex” (2020) con el objetivo de facilitar una mejor comprensión de este fenómeno a distintos profesionales implicados en la prevención y el abordaje del chemsex.

A través del Plan de Acción de Adicciones y del Plan Nacional Sobre el Sida y del Plan de Prevención y Control del VIH y otras ITS trabajan en conjunto como una red multidisciplinar concretamente desde la Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024 para dar una articulación dentro del Sistema Sanitario con relación a las distintas políticas públicas de salud.

Asimismo, el chemsex desde el 2016 en España resultó ser un problema de salud. A través del 1er Foro Europeo de chemsex en Alemania y de la Encuesta Europea por Internet para hombres que tiene sexo con hombres (2017), el gobierno español tomó medidas preventivas para controlar y prevenir los problemas sanitarios complejos del chemsex

Durante el 2017, se integró a la agenda pública en el Plan de Adicciones de la Ciudad de Madrid, aunado a esto, el número de personas que acudieron en los centros de atención a las adicciones por chemsex en la ciudad de Madrid se incrementó a 2019 y 2020 hasta llegar a su pico en 2021 con 351 personas atendidas.

Esto refleja que las acciones que se llevaron a cabo dentro de la política de adicciones funcionaron de manera exitosa ya que en la ciudad de Madrid es donde se concentra la mayor parte de personas usuarias de drogas que practican chemsex. Hasta culminar con el Plan de Adicciones en la Ciudad de Madrid (2022- 2026) como el último reciente hasta la fecha operando dentro de la Estrategia Nacional sobre Adicciones.

En la siguiente tabla se muestran los diferentes planes de la política pública de salud en adicciones, de vih, y específicamente del chemsex que están compactas y conectadas a una relación estrecha que culmina con el plan de la ciudad de Madrid y el contexto del chemsex, lo que enmarca una serie de acciones.

**Tabla 14**

*Acciones en política de salud en España*

	<b>Estrategia Nacional sobre Adicciones (2017-2024)</b>	<b>Plan de Acción sobre Adicciones (2021-2024)</b>	<b>Plan de Prevención y Control sobre el VIH y otras ITS (2021-20230)</b>	<b>Plan de Adicciones de la Ciudad de Madrid (2022-2026)</b>

<p><b>Acciones en la política de salud</b></p>	<p><b>Acciones:</b></p> <p>Prevención y reducción del riesgo.</p> <p>Atención integral y multidisciplinar.</p> <p>Reducción de daños. Incorporación social.</p> <p>Reducción y control de la oferta.</p> <p>Cooperación judicial y policial a nivel nacional e internacional</p>	<p><b>Acciones:</b></p> <p>Reducción de Daños:</p> <p>Oferta de tratamientos sustitutivos a personas con dependencia a opiáceos.</p> <p>Extensión y mejora de actividades de reducción de daños y su adecuación específico a contextos específicos (LGBT+, personas que practican chemsex y consumidoras de drogas, entornos de prostitución, personas que viven con vih)</p>	<p><b>Acciones:</b></p> <p>Prevención primaria secundaria y terciaria a quienes practican chemsex.</p> <p>Reforzar sistemas de información y las herramientas de vigilancia epidemiológica.</p> <p>Circuito cerrado de consultas integradas por parte de varios profesionales.</p>	<p><b>Acciones:</b></p> <p>Prevención frente a los riesgos relacionados con las adicciones principalmente en jóvenes.</p> <p>Atención integral adolescentes y jóvenes a quienes presenten riesgo de sobredosis.</p> <p>Reducción de riesgos y daños asociados al consumo de sustancias psicoactivas y adicciones.</p> <p>Atención y prevención de la adicción a los videojuegos.</p> <p>Coordinación y trabajo en red.</p> <p>Supervisión y calidad y mejora continua en el plan.</p>
--	--	---	--	---

*Nota:* Elaboración propia a través de información recopilada

El objetivo primordial del Sistema Sanitario en España es seguir con las acciones del Plan Acción Sobre Adicciones (2021-2024) y generar un buen vínculo, buena adherencia, que se sientan cómodos y tengan confianza con el equipo de tratamiento para evitar el temor a cualquier juicio moral o discriminación y así conseguir los objetivos terapéuticos planteados. Además, es importante promover e impulsar con el personal de los centros de atención a las adicciones mayor formación, sensibilización y adquisición de competencias culturales LGBTTTTIQ; todo esto resulta fundamental para poder atender mejor a estos usuarios que en principio son reticentes a acudir a este tipo de centros por temor al estigma que creen que esto les conlleva.

Finalmente, otra de las acciones de gobierno que se llevó a cabo fue sobre el trabajo de la campaña sanitaria de la normalización y visibilidad del consumo de drogas dentro de la cultura gay. Esto permitió llegar a la tolerancia, permisividad y la aceptación del consumo de drogas como una nueva forma de experimentar y vivir la sexualidad de manera libre. No obstante, se espera que a mediano y largo plazo se realicen evaluaciones pertinentes que den cuenta de los logros y áreas de oportunidad de la política.

## Situación en México

En el caso de México, la práctica del chemsex está despertando una nueva preocupación para la salud pública. De acuerdo con varios investigadores expertos en la salud pública (Domínguez, 2015; Huerta 2018; López, 2021) el chemsex en México se volvió una tendencia peligrosa en los jóvenes, aunque no es una actividad reciente, las redes sociales y las aplicaciones de citas gay han aumentado esta práctica entre usuarios. Adicionalmente, la sexóloga Eugenia Bazán (2023), piensa que esta práctica reúne entre el 4 y 19 por ciento de las ciudades, esto debido al uso de aplicaciones de ligue que permiten una entrada a la experiencia, permitiendo incluso que se pongan de acuerdo sobre las sustancias que consumen y el proveedor con quien las conseguirán (dealers), favoreciendo la desinhibición.

De la misma forma que en España, en México se dio a conocer la práctica de chemsex por varios medios de comunicación social (internet, noticieros), y varios artículos periodísticos provenientes de Estados Unidos y de Europa. Además, por las Encuestas realizadas a personas de la comunidad LGBTTTIQ arrojaron que el consumo de cristal creció bastante durante el periodo de 2015 al 2021 y con la pandemia mundial de COVID-19 el incremento de esta droga aumentó en población de hombres que tienen sexo con hombres en una práctica denominada slamming durante el acto sexual.

Del 2020 al 2022 la CONSAMA (2023) en su lista de información enuncia que el consumo de cristal durante encuentros sexuales en hombres que tienen sexo con hombres se popularizó e incrementó. Con la llegada de una aplicación por el teléfono celular y por medio de simbologías (emojis) específicas es muy fácil tener el contacto con el proveedor de sustancias e incluso acudir a fiestas o sesiones de chemsex, lo cual ha desencadenado un problema de salud pública del que no se habla y que las instituciones de salud no han abordado de manera correcta.

Ante este panorama, el consumo de sustancias psicoactivas es un tema prioritario en la agenda pública. En las últimas décadas, el enfoque de salud pública y la perspectiva en reducción de riesgos y daños han ganado lugar en el tema de las drogas debido al buen impacto en el diseño de políticas públicas enfocadas en mejorar el bienestar y la calidad de vida de las personas usuarias de sustancias psicoactivas. Sin embargo, persisten obstáculos políticos, legales, financieros que han impedido el desarrollo de esta perspectiva en todo el territorio mexicano.

Como se ha mencionado, el uso de sustancias recreativas con fines sexuales tiene un patrón de consumo interesante y se encuentra fuertemente vinculado a la cultura sexual gay. No

obstante, el chemsex se ha asociado con sobredosis, adicciones y problemas de la salud mental y que puede tener un impacto en la salud sexual y en las relaciones sociales y afectivas, entre otros aspectos, lamentablemente la construcción de política de adicciones y de drogas lo ha tomado en cuenta.

Por ello, la construcción de política de drogas en México es muy compleja y hay una serie de factores que entorpecen un registro sobre ellas. Dado el caso, la construcción de estas políticas de drogas se ha envuelto en un terreno de criminalización y de abstinencia al consumir sustancias adictivas. No obstante, en el contexto mexicano se ha centrado en programas preventivos desde el enfoque de reducción de la demanda.

Actualmente se carece de un registro sistemático y permanente de las instituciones y de los programas preventivos que se llevan a cabo en el país, específicamente los que son desarrollados por las organizaciones de la sociedad civil. El Consejo Nacional Contra las Adicciones (CONADIC) publicó en el 2004 la serie técnica de modelos preventivos, la cual sólo documentó once en su aplicación. Esto ocasiona que no haya una secuencia lógica en la construcción de políticas públicas de salud ante el uso de drogas.

La siguiente tabla describe los momentos en que las instituciones en 2004 instauraron 11 programas preventivos en antelación a la construcción de política pública en drogas.

**Tabla 15**

*Programas preventivos en 2004*

#	Nombre del programa preventivo	Institución de referencia
1	Construye tu vida sin adicciones	Consejo Nacional Contra las Adicciones
2	Centros de Integración Juvenil A.C.	Centros de Integración Juvenil A.C.
3	Uso de alcohol, tabaco y otras drogas en el lugar de trabajo	CONADIC/ Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón del Fuente Muñiz (INPRFM)
4	Riesgos psicosociales para menores, adolescentes y sus familias (CHIMALLI)	Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF)
5	Programa de educación preventiva contra las adicciones (PEPCA)	Secretaría de Educación Pública
6	Yo quiero, yo puedo	Instituto Mexicano de Investigación de familia y Población (IMIFAP, A.C)

7	Modelo de educación para la vida y el trabajo, Aguas con las adicciones	Instituto Nacional para la Educación de los Adultos (INEA)
8	Modelo de Comunitario de Integración Social	Fundación "Ama la vida" IAP
9	De riesgos psicosociales CHIMALLI	Instituto de Educación Preventiva y Atención de Riesgos AC INEPAR
10	Intervención social profesionalizada	Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF)
11	Metamodelo ECO	Centro Cáritas de Formación para la Atención sobre farmacodependencias y situaciones Críticas Asociadas A.C.

*Nota:* Información recopilada de la Serie Modelos Preventivos (CONADIC, 2004).

Al igual que el resto del mundo, el consumo de drogas en México es un problema que requiere de un diseño en políticas públicas efectivas, que impulsen el desarrollo y la evaluación de intervenciones preventivas. En el campo de la prevención del consumo de sustancias adictivas, la evidencia disponible ha demostrado que el impacto de las intervenciones es modesto debido a los diversos factores que convergen con el problema.

Poniendo en comparación las políticas elaboradas en España con una articulación entre diferentes planes sectoriales de salud y con estrategias en conexión han dado resultados favorables en las intervenciones en los sistemas de salud públicos. No obstante, en el terreno mexicano, ninguna intervención preventiva puede ser efectiva si se instrumenta de manera aislada, por lo que es imprescindible la participación de todos los sectores involucrados en este importante problema de salud.

**Tabla 16**

*Antecedentes para la construcción de la Política Actual de Drogas en México 2019-2024*

<b>Políticas Públicas de drogas en México</b>	Consejo Nacional de Contra las Adicciones: Serie de técnica de Modelos (2004)
	Programa de Acción Específico: Prevención y Atención Integral de las Adicciones (2013 – 2018)
	Sistemas de Información de los Consejos Estatales contra las Adicciones SICECA, (2017)
	Programa Nacional de Desarrollo (2019-2024)
	Programa Sectorial de Salud (2020-2024)

	Programa De Acción Específico: Salud mental y adicciones (2020-2024)
	Estrategia Nacional para la Prevención de Adicciones (2019 – 2024)

*Nota:* Elaboración propia a través de información recopilada del informe sobre la situación actual del consumo de drogas en México (2019).

Con la información recopilada en la tabla se puede confirmar que la construcción en los programas de adicciones, de salud y de drogas están desfasados, desarticulados, pues, el gobierno actual basó su Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2019-2024 en los planes de los sexenios anteriores, y no hay un hilo conductor entre cada uno de ellos. Lo que explica por qué el caso de España ha funcionado con cada una de las acciones de los programas sectoriales de salud, y en México no hay transformación ninguna.

En la siguiente tabla se explica de manera detallada y concisa las acciones de los cuatro programas de política pública:

**Tabla 17**

*Acciones en política de salud en México*

	<b>Estrategia Nacional para la Prevención en Adicciones (2019-2024)</b>	<b>Programa de Acción Específico: Salud mental y adicciones (2020-2024)</b>	<b>Programa de Acción Específico: VIH y otras ITS (2020-2024)</b>	<b>Programa Sectorial de Salud (2020-2024)</b>
	<b>Acciones:</b>	<b>Acciones:</b>	<b>Acciones:</b>	<b>Acciones:</b>
	La evitación del uso de sustancias psicoactivas desde la prevención: proporcionar a las infancias y juventudes las herramientas necesarias que fomenten el autocuidado y la toma	Consolidar la rectoría en salud mental y adicciones en el modelo de atención primaria de salud integral (APS-I) con un enfoque comunitario, interculturales derechos humanos, perspectiva de	Asegurar los servicios de promoción de la salud sexual, prevención combinada del VIH y otras ITS y reducción del daño sin estigma y discriminación priorizando a la población	Prevención y control y tratamiento de las ENT.  Salud sexual y reproductiva.  Atención integral en Salud Mental y Adicciones.

<p><b>Acciones en la política de salud</b></p>	<p>de decisiones, así como su capacidad de autodeterminación.</p> <p>El enfoque de reducción de riesgos y daños, fomentando la responsabilidad de cada individuo en el ejercicio de su libertad, pero ofreciendo los programas y servicios necesarios para minimizar los riesgos en el uso problemático de sustancias. Ambas vertientes coadyudan a la formación de individuos responsables.</p>	<p>género y sensible a la línea de la vida.</p> <p>Ampliar los servicios de salud mental y adicciones en el Sistema de Salud.</p> <p>Garantizar el acceso equitativo de la población a servicios integrales de atención en salud mental y adicciones.</p>	<p>clave y en situación de vulnerabilidad.</p> <p>Incrementar el número de personas con VIH que incrementen su diagnóstico y se vinculan a la atención a través de estrategias de detección en todos los niveles de atención a la salud y espacios comunitarios en un marco de derechos humanos y enfoque diferenciado.</p> <p>Garantizar el acceso a tratamiento eficaz, adecuado oportuno y sin discriminación, que asegure la atención integral de personas que viven con VIH y otras ITS.</p> <p>Acelerar la eliminación de la transmisión vertical del VIH y sífilis.</p> <p>Coadyudar en la reducción del estigma y discriminación asociados al VIH, la orientación sexual, la identidad la expresión sexo genérica, y el uso de drogas con énfasis en el ámbito de la salud y en coordinación con todas las instancias involucradas.</p>	<p>Salud y asistencia social de NNA.</p> <p>Salud y Asistencia social de Mujeres.</p>
--	--	---	---	---

*Nota:* Elaboración propia a través de información recopilada.

Siguiendo esta línea, con el mandato sexenal del presidente AMLO y su Programa Nacional de Desarrollo, se tomó en cuenta la salud pública como prioritaria y orientada a una perspectiva en reducción de riesgos y daños, lo cual no es así, pues hay varias omisiones en los programas nacionales de drogas y por consiguiente en la sexualidad y las drogas.

Ahora con el actual gobierno que contempló el Informe Mundial de Drogas (2019) el exsecretario Hugo López Gatell Ramírez acordó cambiar el paradigma de atención y prevención de las adicciones, al pasar de un enfoque prohibicionista, a uno basado en los derechos humanos, la salud, la integración de las familias y la población en conjunto.

La realidad en este 2024 en México y con la finalización del mandato sexenal actual, las acciones durante este gobierno muestran continuidad de estrategias del sexenio anterior apoyándose en el Plan Nacional de Desarrollo 2013- 2018. Durante la campaña y ya en la silla presidencial en 2018, el presidente actual generó la expectativa de replantear la política de drogas de corte prohibicionista que llevó al país sumido en violencias y vulneraciones en los derechos humanos.

Una de las omisiones que peso estos seis años durante el gobierno de la cuarta transformación fue el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2024 prometía una política de paz, levantar la prohibición. No obstante, las campañas publicitarias lejos de resolver y alejar a la población del uso de sustancias lícitas e ilícitas la criminalizan, la estigmatizan.

La meta del Plan Nacional de Desarrollo en materia de drogas era acabar con el prohibicionismo el discurso oficial fue levantar la prohibición en las sustancias ilícitas y reorientar los recursos a la desintoxicación.

Las campañas masivas dentro de este sexenio dejaron de lado el discurso oficial titulado “Juntos por la Paz” y los discursos mediáticos de los representantes del gobierno se centraron en una campaña de estigma y criminalización titulada “Si te drogas, te dañás” y promovida enfáticamente en los medios de comunicación entre el 2021-2023.

Otra de las omisiones que se encontró en estas políticas públicas fue que la perspectiva de reducción del daño en personas usuarias de sustancias psicoactivas sólo se quedó en el documento y la Norma Oficial 029, pues jamás se tomó en cuenta para una transformación en la ley. Además, no hay foco en la atención en las prácticas de chemsex, por lo que las Organizaciones de la Sociedad Civil enfatizan en la actualidad programas preventivos y aplican

talleres de intervención a la sociedad sobre el chemsex que ha escalado ya a un problema de salud pública y que debe de estar en la integración de alguna política de salud.

Ante el consumo de drogas para uso recreativo en México aún sigue prevaleciendo el discurso de la abstinencia, criminalización y estigma en la elaboración de políticas públicas de salud sexual en consumo de sustancias psicoactivas.

Dentro de las acciones de política pública de salud sexual, para la población LGBTTTIQ se encuentran omisiones en el marco de la sexualidad con el derecho al placer o conocer los factores de prevención al tener relaciones sexuales con uso de drogas. Además, los programas de adicción y salud mental omiten las necesidades y particularidades de quienes usan drogas de forma recreativa, la perspectiva de reducción de riesgos y daños queda afuera del margen en las políticas de salud sexual.

De acuerdo con datos de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la salud con el Informe Mundial de Drogas (2023), México no ha dado respuestas positivas ante su lucha contra las drogas, se pone en evidencia que el Plan Sectorial de Salud y de Drogas continua bajo el enfoque de la prohibición y de abstinencia.

Por otra parte, El Índice Global de Política de Drogas (2021), menciona que México se encuentra entre los 5 peores países en construcción de política de drogas, ya que ocupa el lugar 26 de 30 países analizados y se encuentra reprobado en todas las áreas de política de drogas, las omisiones que se encuentran en las políticas públicas relacionadas con las drogas en México son; a) ausencia de respuestas extremas, b) proporcionalidad y justicia penal, c) reducción de riesgos y daños, d) acceso a medicamentos.

Además, se hace hincapié en el financiamiento para la reducción de daños, que es incipiente y, en general, la disponibilidad de estos servicios es casi nula. En México, la oferta de tratamientos de sustitución de opioides de libre acceso no es una prioridad y como resultado los programas existentes están dirigidos a la abstinencia. Y no cuenta con intervenciones de salud pública que tomen en cuenta las necesidades reales de la población usuaria (chemsex).

Los resultados del Índice Global de Política de Drogas son reveladores y marcan una pauta para seguir avanzando en la transformación de nuestras políticas de drogas. Con ello, nos sumamos a la exigencia para que el gobierno actual actúe de la mano de la sociedad civil organizada con la intención de garantizar los derechos de la población. Por esta razón, el silencio deja una huella negativa en las personas que son consumidoras ya que se debe ahondar en una

atención de salud integral para aquellos/as personas que pertenezcan a la diversidad sexual, bajo un programa de reducción del daño y sea una alternativa que se contemple dentro de las acciones de política pública.

### **Momento actual de la política de salud sexual en consumo de sustancias psicoactivas en España y México**

Una vez revisados los antecedentes y las transformaciones de la política pública sobre el consumo de sustancias y su vinculación al fenómeno del chemsex, se hace necesario incluir cuáles son los mecanismos actuales de las políticas de salud en consumo de drogas en España y México. Esta inclusión alude principalmente a considerar cuáles han sido los alcances por ambas políticas en el escenario actual. Se espera que esto visibilice los principales desafíos y rezagos que tiene México para la atención a satisfacción de las personas consumidoras de sustancias y que las usen en actos sexuales y haya una gestión del placer responsable.

En España, a través de la Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida se incluyó el chemsex como un problema de salud pública. Por lo que, durante el 2015 al 2017 se establecieron acciones concretas en las políticas de drogas y de salud sexual.

Asimismo, en el año 2018 se creó el Plan Sectorial de Salud y contempló la implementación de un grupo de trabajo multidisciplinar, cuyo objetivo fue establecer y consensuar estrategias más adecuadas de prevención, disminución de riesgos y reducción de daños en la práctica de chemsex en ciudades como Madrid, Barcelona y Cataluña.

Cabe destacar que, esto originó el involucramiento de nuevos actores e instituciones en la escena, por ejemplo, las Organizaciones de la Sociedad Civil, los Consejos Territoriales de Seguridad Sanitaria el Ministerio de Salud y sus afiliaciones gubernamentales (Bolmont, et., 2022).

Dentro de los objetivos principales de la política de Salud, el más reciente y aprobado Plan de Adicciones de la ciudad de Madrid 2022-2026 (Madrid Salud, 2022). Para cumplir con ello, la política adoptó como principios el enfoque de derechos humanos y la perspectiva en reducción del daño provocado por las adicciones para conseguir una sociedad más saludable y segura. Cabe puntualizar que durante el periodo de gestión del presidente Pedro Sánchez Pérez en 2018, el programa Plan de Adicciones de la Ciudad de Madrid (2017-2018) fue la precuela de incluir varios enfoques como; prevención y reducción de riesgo, atención integral y

multidisciplinar, reducción del daño e incorporación social, con especial hincapié en la integración laboral.

Las organizaciones de la sociedad civil, clínicas especializadas en VIH y espacios comunitarios LGBT+ tuvieron un papel fundamental en los primeros casos de chemsex en el 2015 y 2016 en ciudades como Madrid y Barcelona. Ante esta situación, el chemsex tuvo una mayor exposición en el panorama público. En esta misma línea el gobierno español actuó de inmediato en sus planes de acción para intervenir inmediatamente y catalogar esta problemática como un asunto de salud pública y se integraron acciones específicas en el Plan sobre drogas y adicciones (2017-2021) con acciones concretas en la prevención, atención y tratamiento para el abuso de sustancias consumidas en contexto sexuales.

En contraste a lo anterior, en México sigue existiendo un divorcio entre las políticas acerca de la sexualidad y su relación con el consumo de drogas, por lo que puede observarse que, dentro de las líneas de acción para atender el uso del consumo de sustancias psicoactivas y prácticas sexuales de riesgo, la sexualidad no es una de ellas. Así, el Plan Nacional de Desarrollo (2019-2024) generó expectativas de cambio que no cumplió. Entre ellas, la de replantear la política de drogas de corte prohibicionista que tiene sumido al país en violencias y vulneraciones a los derechos humanos, sostenidas por redes grandes de corrupción, no obstante, las estrategias y las líneas de acción y objetivos se muestran excluyentes (omisiones) para la atención de las personas usuarias de sustancias recreativas, negando con ello la gestión del placer sexual, reivindicando las autonomías de sus cuerpos y al mismo tiempo que estos ordenamientos nacionales homogenizan un discurso punitivo y criminal.

Las políticas de salud pública basadas en la reducción de riesgos y daños tienen que abordar y entender los consumos de sustancias psicoactivas de manera multidimensional (Huerta, 2018; Jacques, 2015). Es importante entender a cada persona dentro de la complejidad social, biológica y comunitaria, es decir, dejar atrás la ideología que la abstinencia es la única forma de tratar adicciones o dependencias al uso de sustancias, responsabilizando y culpando a las personas por no poder lograr este fin impuesto en la política pública de salud.

Es fundamental que todas aquellas personas consumidoras de sustancias recreativas y que las usan en espacios sexualizados para realizar chemsex dispongan de información basada en evidencia científica, objetiva y actualizada sobre las sustancias, sus efectos, características dosis y duración. Desde una perspectiva de reducción de riesgos y daños.

Al respecto Rosales (2011) enfatiza que la política sexual en México es construida desde el conservadurismo y que algunas regulaciones se defienden desde la ideología judeocristiana con relación a los usos de los cuerpos, que circunscriben la sexualidad a los actos reproductivos que desapruében el sexo realizado meramente por placer. Sin duda la sexualidad es un terreno de la acción política, es resultado de prácticas sociales que reivindican la autonomía de los cuerpos con el propósito de gestionar el placer de cualquier manera que se plazca.

La construcción de la sexualidad en el terreno político ha atravesado por todo un discurso hetero patriarcal, por lo que las políticas de salud que se relacionan en la salud sexual han permeado bajo la lógica del patriarcado. Por ello, en México aún permea esta idea de la criminalización de que las personas gestionen el placer por medio de sustancias. El modelo prohibicionista en los enfoques de sexualidad, salud sexual y salud pública se ha demostrado ineficaz (OPS, 2023) y en cuestiones como el chemsex igual. Promover sólo la abstinencia provoca que el discurso aleje a los consumidores de las políticas públicas que se generan para tratar asuntos específicos en la materia. En el momento en que se opta por asumir la reducción de riesgos se incluye a un sector de la población que seguirá consumiendo, al menos en corto plazo.

## **Pronóstico y/o Prospectiva**

Coincidiendo con varios investigadores (Domínguez, 2016, Huerta: 2018 y López, 2022) quienes detallan que una de las principales recomendaciones es impulsar una cultura de reducción de daños en el problema del chemsex, la mayoría de estos expertos en materia de salud pública han hecho hincapié en sus investigaciones y también Organizaciones de la Sociedad Civil como Inspira A.C. Instituto RIA, ColectivoSerVerde, Conexiones Psicoactivas, Circo Crico, entre otras, coinciden que es urgente y necesario darle voz a la persona usuaria y a sus experiencias, buscando la creación de políticas públicas que repercutan de manera favorable en tener los servicios de salud, garantizar el derecho humano a las personas que usan sustancias psicoactivas, así como la erradicación de la homofobia y quitar el estigma por su consumo.

Ahora bien, este trabajo de investigación se centró en el abordaje de las políticas públicas y sus fases, por lo que existen tres formas de instrumentar una política pública; la primera es la directa, se lleva a cabo a través del aparato burocrático con sus recursos y su personal; la segunda es indirecta y se lleva a cabo a través de una organización no gubernamental o a una empresa privada, y la tercera, es cuando hay una intervención público-privado.

En toda política pública sobre salud sexual es sensato visibilizar el consumo de sustancias y su vinculación con prácticas sexuales de riesgo. Por ello, es importante retomar el diagnóstico acerca del chemsex como un problema sanitario en España, y que México tiene que estar preparado tomando en cuenta a los actores sociales y su involucramiento para que esta problemática sea tomada en cuenta en la agenda pública, que el Estado volteé y tome en cuenta el fenómeno del chemsex para proponer políticas públicas más fuertes y articuladas en el sistema de salud público.

De acuerdo con Méndez (2020) “una vez que el actor ha adoptado el problema, el siguiente paso es identificar las causas y encontrar una alternativa que se presente como su solución” (p.134). En esta primera etapa se considera relevante el proceso del diagnóstico que es importante para las y los analistas de políticas públicas, cuyo propósito es proponer una solución y resolver el problema identificado. A la segunda parte de la etapa general del diagnóstico se le denomina “pronóstico”, de acuerdo con Méndez (2020) “el pronóstico se relaciona con la proyección y comparación del resultado o efecto de cada alternativa en función de diversos criterios” (p.147).

Pronosticar el impacto de las políticas públicas no es una ciencia exacta, no obstante, es una habilidad útil que puede ayudar a tomar mejores decisiones informadas y basadas en

evidencia. Por lo tanto, la propuesta de políticas públicas con perspectiva de reducción de riesgos y daños en el consumo de sustancias psicoactivas tendría que ver básicamente con los siguientes criterios de inserción, para posteriormente hacer propuestas puntuales.

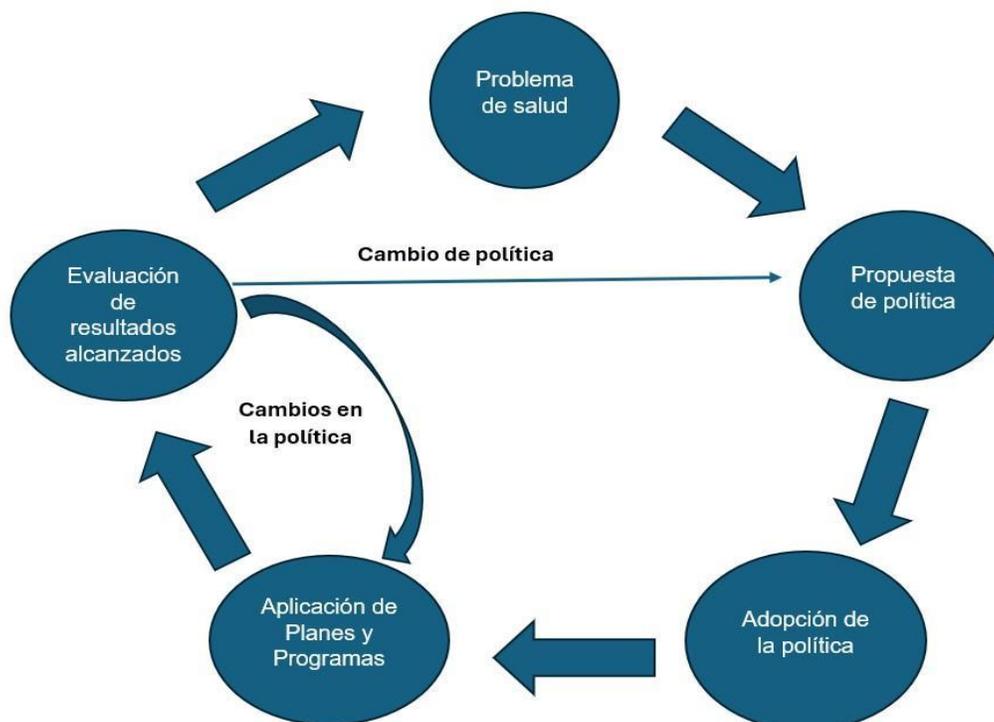
**Tabla 18** *Propuestas puntuales*

	<b>POLÍTICA</b>
<b>OBJETIVO</b>	Establecer un curso de acción preferente, basado en valores de la sociedad, información y evidencia.
<b>CONTENIDO</b>	Enfoque general a largo plazo para abordar un problema
<b>ÁMBITO</b>	Nacional
<b>HORIZONTE TEMPORAL</b>	Muy largo plazo

*Nota.* Elaboración propia a través de información recopilada

A partir de la información descrita, una política de salud y consumo de sustancias psicoactivas permite formular los cursos de acción necesarios para proteger y promover el derecho a la salud de la población en aquellos espacios relacionados con el tema, asignando una prioridad política y presupuestaria. El proceso de una política se resume en su ciclo o fases, que por ende se esquematiza como un problema de asunto público.

### Proceso de la formulación de una Política de Salud Pública



*Nota:* William Dunn, (2017). Public Policy Analysis.

Los problemas asociados al consumo de estas sustancias que son objeto de políticas públicas se refieren, a su impacto social y sanitario, ya que generalmente estos problemas son abordados desde la salud y bienestar social. Aunque, hay una vinculación con la fiscalización y seguridad pública.

De acuerdo con esta reasignación y tomando en cuenta las fases de la política pública, para atender a estas situaciones consideradas como problemáticas relevantes, el Estado define cursos de acción, es decir, políticas, que son formuladas por agencias de gobierno, y se apegan al modelo de mandato. En el sentido de las drogas no solo quedan en el plano de acciones, se considera la creación de planes operativos más complejos como estrategias y programas.

### **Propuesta de reducción de riesgos y daños en la política de salud en consumo de sustancias psicoactivas (chemsex): a través del ciclo de políticas públicas**

Con base en las observaciones realizadas en el documento de la fase de yuxtaposición (comparación) y la revisión documental en ambos países, se identificaron los siguientes aspectos de la política en España y su intervención inmediata en la política de salud en drogas y en el Plan sobre VIH y otras ITS, omitiendo la salud sexual y reproductiva en este abordaje. Por lo que, el caso de España sirve como una clara referencia en la intervención para adecuar en México acciones paulatinas en el terreno de la salud mental, de las drogas y de las infecciones de transmisión sexual bajo el enfoque de reducción de daños en una construcción de políticas públicas en nuestro país.

México, al no tener un diagnóstico fuerte sobre el consumo de sustancias en hombres que tienen sexo con hombres, está invisibilizando el problema de salud que viene detrás de la práctica de chemsex, en nuestro país son poco los estudios exploratorios en el tema, el chemsex ha sido abordado por Félix Iván Huerta Lozano (2018) y Ricardo Baruch Domínguez (2016) en diversos artículos científicos relacionados con la salud mental y adicciones para Centros de Integración Juvenil, no obstante, ofrecen resultados preliminares sobre el consumo de drogas en espacios sexualizados por la comunidad LGTBTTTIQ, y concluyen en su mayoría estos autores que el sector de salud pública haga énfasis en las campañas de prevención en el consumo de drogas.

Desde este pronóstico se establece que la problemática del chemsex irá en aumento siguiendo las estadísticas de la CONASAMA (2023) y los números de contagios por la infección

del VIH/SIDA aumentarán cada año, al igual que los problemas de salud mental relacionados con las adicciones. Es importante destacar que el chemsex es una práctica sexual de alto riesgo, cualquier situación en la cual la persona se vea expuesta al contacto directo con posibles fluidos altamente infectantes (sangre, semen, fluido vaginal, líquido preeyaculatorio, sangre leche materna) para la transmisión del VIH u otras ITS.

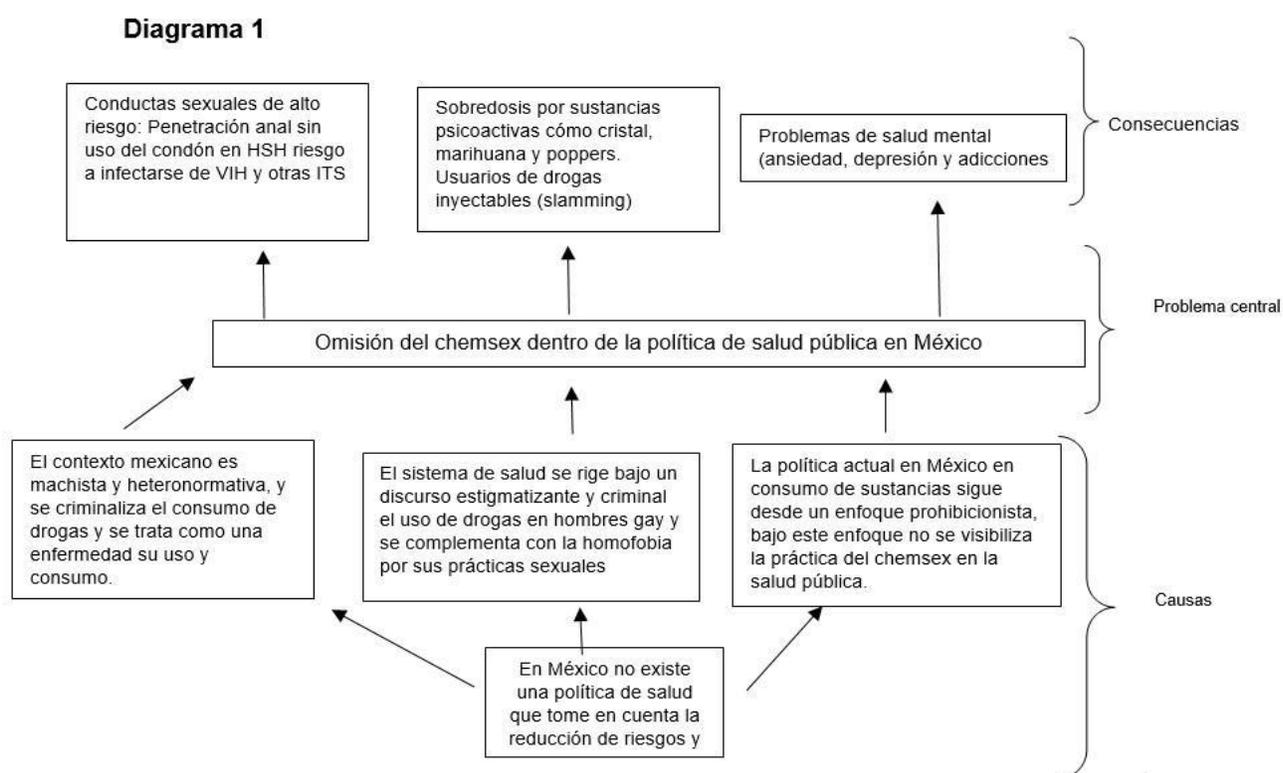
Esta propuesta pretende integrarse en alguna Organización de la Sociedad Civil de la ciudad de México como primeras acciones para atender esta problemática y en este sentido las OSC han implementado acciones para influir en la agenda multilateral de distintos países, incluido México. Los objetivos que se plantean son los siguientes:

- Implementar programas de educación afectivo – sexual en adolescentes y Jóvenes con los objetivos de reducir actitudes de discriminación a la población LGTBTTIQ y de serofobia.
- Implementar programas de educación en hábitos saludables incluyendo información actual sobre drogas recreativas.
- Desarrollar estrategias de prevención secundaria en población que no practica chemsex o con la que practica de manera no problemática.
- Desarrollar programas de intervención con enfoque multidisciplinar, integrando en primer plano a las ciudades urbanas donde el consumo de drogas es mayor, en segundo plano que estén basados en las necesidades del usuario.
- Promover una formación adecuada a las y los profesionales de la salud, que favorezcan una actitud libre de prejuicios a las personas de la diversidad sexual y hacia las personas que practican chemsex.

Tomando en cuenta el método de la educación comparada su objetivo principal consiste en generar nuevos conocimientos de orden teórico y práctico mediante la confrontación de las distintas estructuras, metas y rendimiento en la hechura de estrategias y planes estratégicos que culminan en las políticas públicas ya sean de salud, educativas o sociales. Los aspectos que se identificaron en el análisis comparativo servirán para colocarlos en la situación principal que deberá atenderse, cuales son permanentes y que acciones pueden enunciar para tratar de darles una solución.

### Definición del Problema

Para iniciar con la definición del problema principal, es preciso acomodar la mayoría de los datos y con ello ejemplificar en un diagrama. En la parte central del diagrama se concentra el problema que se escogió como principal de todas las ideas previamente desarrolladas. En la parte superior se ubican las principales consecuencias generadas a partir del problema y en la parte inferior se describen las posibles causas del problema.



Nota: Elaboración propia

Siendo así, a partir de la construcción del diagrama, se determinó que el problema central gira en torno a la problematización de que en México el chemsex es una práctica frecuente que creció bastante en la pandemia de COVID – 19 en la ciudad de México, Guadalajara, Monterrey y Yucatán. En 2021 varios medios de comunicación y profesionales de la Salud como especialistas en Adicciones han presentado foros sobre el fenómeno del chemsex en México. Sin embargo, la política de drogas y de la salud que presentó el presidente López Obrador no dio prioridad a esta problemática de salud. Además, con respecto al Plan Nacional de Salud y la

Estrategia Nacional para la Prevención de Adicciones se encuentran omisiones en el abordaje de reducción de daños y derechos humanos.

Dentro de las causas que derivan esta problemática actual, se describieron tres que abonan al sector salud y su personal de profesionales que se regulan bajo estrategias de y programas sin enfoque integral hacia las personas que son consumidoras de drogas y las usan en contextos sexuales. A esto se le suma que la mayoría del personal médico que atiende a pacientes de la diversidad sexual sufren homofobia institucional y discriminación y aparte son estigmatizados por ser usuarios de drogas.

La parte del sistema de salud en México es un tema complejo, por esta razón, la mayoría de las Asociaciones Civiles en México que abordan la salud sexual y reproductiva o de la prevención del Vih se suman con propuestas de intervención (talleres psicoeducativos, capacitaciones a comunidad en general, desarrollo de estrategias en comunicación digital) en el terreno del chemsex, bajo un paradigma que se respete la autonomía corporal y la gestión del placer dentro del marco de los derechos humanos, sin castigar a los usuarios por sus prácticas sexuales.

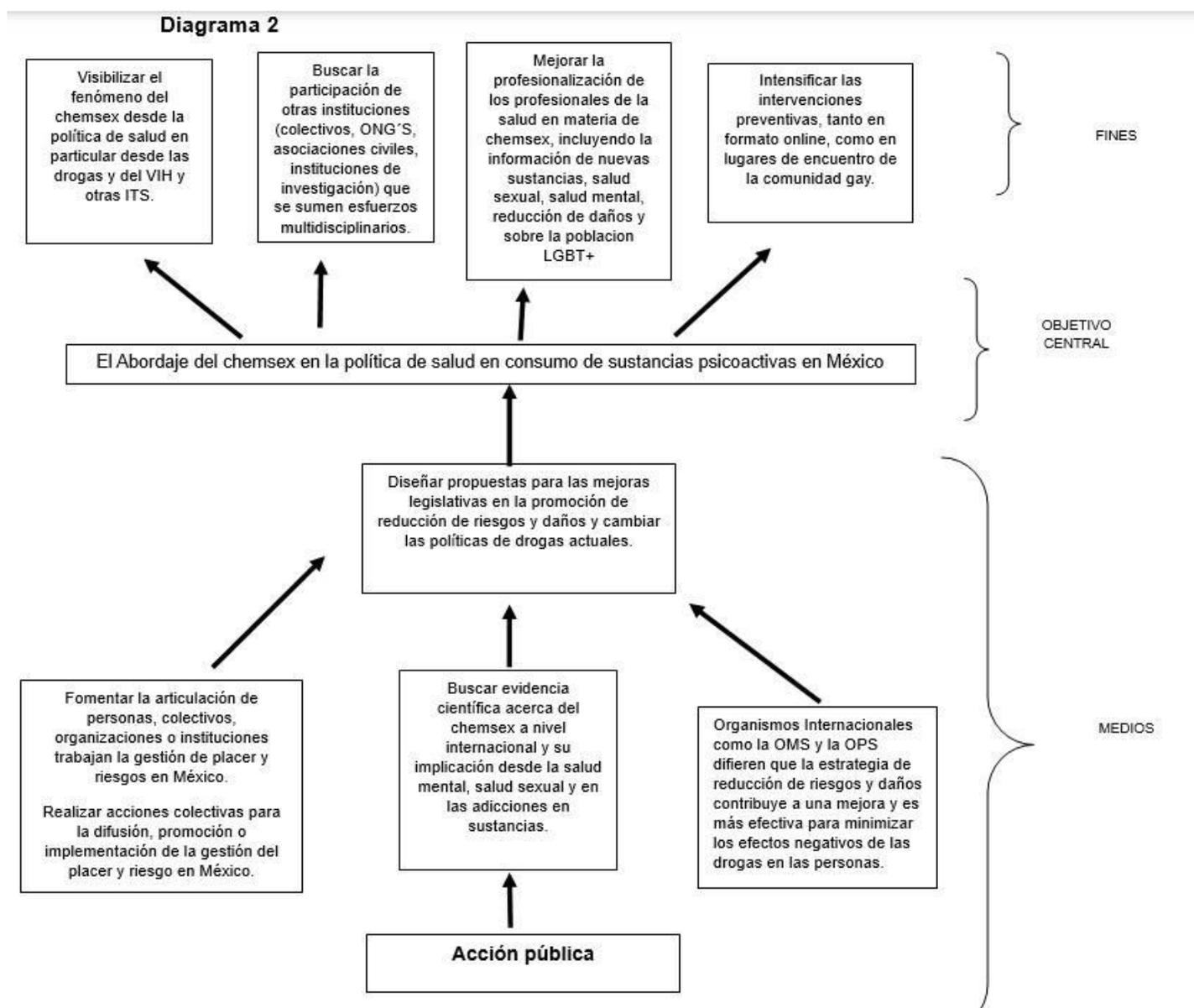
De las consecuencias que se centran en la problemática se describen tres que afectan el área de la sexualidad, es decir, en las conductas que se asocian en la agenda del gobierno no han podido dar resultados concretos en la disminución del VIH y de otras ITS como la hepatitis C y B, el incremento de infección por gonorrea, clamidia, sífilis, estas infecciones de origen bacteriano se han hecho más resistentes a los antibióticos (CONASAMA, 2023).

Según datos del Coneval (2023) se han dejado de hacer campañas en las instituciones de salud pública sobre los métodos anticonceptivos, por lo que se añade otro problema de la salud pública al área de la sexualidad. A esto se suma la práctica de chemsex que cada vez toma un terreno más complejo y abierto en México y abona a que las personas estén en riesgo de contraer el VIH por no utilizar los preservativos sin medir el riesgo.

Finalmente, es tratar de acercar esta situación a definiciones concretas, objetivos, acciones, medios y afinaciones que conllevan a presentar su ejecución e implementación.

## Definición de objetivos

En el diagrama se presentó la problemática central que es la omisión del chemsex dentro de la política de salud pública en México, a continuación, se definirá el diagrama de objetivos, que es similar al anterior. En él, define el problema central (situación que se busca atender), las consecuencias (situaciones que se sugiere dan origen problema central) ahora serán fines (para que por medio de acciones se busque resolver el problema situado) y las causas se conviertan en medios (acciones concretas para resolver el problema de salud pública).



Nota: Elaboración propia

Es necesario recalcar que el ciclo de las políticas públicas se emplea para el estudio de programas de gobierno ya implementados. Por tal motivo, en esta parte del pronóstico se optó por seleccionar las fases de identificación del problema, definición del problema y diseño de la política, puntos a considerarse con mayor utilidad en el análisis sobre el abordaje del chemsex en nuestro país, pues, aún es un tema invisibilizado y no se considera como tal un problema de salud que se entrelaza con la salud sexual, la salud mental y las adicciones en sustancias.

Por lo que actualmente hay obstáculos para integrar el problema del chemsex en la agenda pública, asimismo, la falta de continuidad en las políticas y se toma en consideración atender esta problemática desde el consumo de las drogas. Con la experiencia que ha tenido España de abordar el chemsex desde una planeación integral y multidisciplinar dentro de sus planes de acción en la salud pública ya nos da un panorama de cómo contextualizar este fenómeno y ajustarlo dentro de la educación sexual, educación para la salud, pero qué mejor que integrarlo desde el asunto de las drogas.

Siguiendo la lógica del diagrama 2, con la pequeña propuesta de incidir en la construcción de los ciclos de las políticas públicas con el diseño de propuestas para cambiar la situación en las políticas de drogas, siguiendo las propuestas del 3er Foro Europeo del Chemsex (2018) y del Informe Mundial de Drogas (2023) se debe contemplar un modelo de reducción de riesgos y daños en el consumo de sustancias y tenerlo presente en la hechura de políticas públicas dirigidas en la salud pública, salud sexual y salud mental.

Se abre la siguiente pregunta, ¿Por qué es importante incorporar la perspectiva de reducción de riesgos y daños en las políticas de salud pública? Es importante porque pone como prioridad el daño psicológico, fisiológico y social que provoca de dependencia de una sustancia a una persona usuaria de drogas, enfocándose en su salud integral y no en el consumo en sí, esta perspectiva no castiga, prohíbe o estigmatiza el consumo, si no lo que promueve es el consumo responsable y gestionar el placer a través del uso de sustancias recreativas.

Parte de la sociedad contemporánea es consumidora de ciertas sustancias como el alcohol, el cigarro o de ciertos fármacos, pero existe una tolerancia pacífica ante este tipo de estupefacientes, pero la otra mirada está en los consumidores de otras sustancias sintéticas y que se les criminaliza y se castiga poniendo a estas personas en situaciones de vulnerabilidad y riesgos en cómo consumen dichas sustancias por falta de información.

Se tiene presente que las adicciones son un problema multifactorial y esto alude en gran parte de la propuesta a través de las políticas en reducción de riesgos y daños en sesiones de

chemsex o en personas que utilizan drogas para otro fin. Por lo que, dentro de los espacios colectivos LGBT+ o en centros de adicciones se aborde la reducción de riesgos y daños de manera libre, sin estereotipos, con un acompañamiento informado y brindando opciones para gestionar el placer de una forma segura y responsable.

Tomando en cuenta los medios y el objetivo central, los fines que se persiguen en la propuesta son cuatro metas para dar resultados favorables en la permanencia de la salud pública. Porque las políticas de drogas ya construidas en México son ineficientes y sus resultados nos han demostrado que educar desde el miedo y la prohibición, tanto el uso de sustancias como en la sexualidad, es contraproducente.

La segunda meta es la participación de las ONG'S en sexualidad o en detección de VIH o espacios comunitarios LGBTTTIQ, pues estas instancias tienen un papel fundamental en la identificación de necesidades y en la implementación de estrategias de respuesta en la diversidad sexual. Muy pocas organizaciones de lucha han creado espacios entre pares para recopilar información entre los usuarios y como se ha mejorado el impacto del uso de drogas en contextos sexuales y como se ha abordado en la ayuda comunitaria en la prevención y atención al fenómeno del chemsex.

La tercera meta involucra a los espacios sanitarios tanto formales como espacios informales sobre la capacitación en materia de chemsex, sus efectos, el perfil que usa sustancias y asimismo, evalúe las prácticas sexuales y favorezca una atención con respeto y amigable a quienes consumen drogas y sean parte de la diversidad sexual. También, que se siga un registro formal y estadísticas sobre qué tipo de sustancias son más frecuentes y en qué lugares se dan este tipo de sesiones en chemsex. Se recomienda que haya un seguimiento oportuno.

La última meta se concentra en los espacios digitales, pues, las aplicaciones de chat (ligue) en los celulares ha crecido su uso y las personas consumidoras de drogas y que realizan chemsex se exponen a riesgos. Lo que se pretende es brindar consejería y abrir espacios online para brindar asesoramiento sobre esta práctica y proponer spots, flyers e infografías, pues la mayoría de los usuarios en chemsex utilizan las tecnologías de la información en formato digital.

Por estas razones es considerable proponer estas acciones en la política de salud en consumo de drogas y brindar un nuevo eje en este en cruzamiento del chemsex con el enfoque de reducción de riesgos y daños. Este nuevo enfoque comenzó a mediados de la década de los ochenta, con actividades específicas en Alemania, Australia, España, Holanda, Reino Unido y Suiza y aplicado actualmente en Portugal (Méndez, 2022).

Si España y otros países han empleado con buenas acciones y estrategias esta perspectiva, cuya única intención es reducir los problemas de salud pública, México tiene que atenderlas de la misma manera y empezar primero con cuidados paliativos, para que esta perspectiva pueda ser considerada para un futuro próximo en el interés público y se eche andar políticas de prevención en las drogas y su relación con la sexualidad.

En la actualidad, la percepción de uso de drogas ha cambiado y ha generado una sensación al individuo de ser capaz de su auto – control. Conseguir sustancias es mucho más fácil ahora que antes (Huerta, 2018). Es así que este método de reducción de daños nace de la idea de que la persona tiene la libertad de elegir si consume drogas, y por lo tanto si desea utilizarlas no se puede impedir.

A continuación, se presenta el siguiente listado de elementos y propuestas de líneas de trabajo, con la intención de que sirvan para contribuir al debate sobre cómo impulsar y fortalecer la prevención selectiva relacionada con el fenómeno del chemsex en México.

- ❖ El personal sanitario y el paciente deberán formarse sobre los riesgos asociados al chemsex, ya sean derivados del consumo de sustancias o de las prácticas de riesgo como el sexo sin protección.
- ❖ El consumo no deberá afectar la salud física/o mental del paciente ni la de terceras personas, de ser así se considera no aplicable.
- ❖ El consumo debe ser esporádico, en dosis pequeñas, que no dé pie a sospechas de adicción.
- ❖ Intensificar el diálogo y colaboración entre Administraciones, tejido comunitario e industria del ocio gay, para la puesta en marcha de acciones preventivas.
- ❖ Analizar el calendario anual de grandes eventos de la industria de ocio dirigida al público gay (lugares y fechas), observándolos como oportunidades para la prevención.
- ❖ Escoger canales de difusión específicos y adecuados evitando soportes o vías cuya utilización pueda acarrear estigmatización sobre esta población. Difundir la información preventiva en aplicaciones y webs de contactos, y en entornos de ocio gay (festivales y hoteles dirigidos a este público, saunas, clubes de sexos, y entornos de trabajo sexual).
- ❖ Generar en las personas con prácticas de chemsex una percepción de riesgo más ajustada respecto a aquellas sustancias cuyo consumo implica un riesgo

notablemente mayor, como es el caso de la metanfetamina, así como respecto al salto cualitativo que reviste incorporar la vía inyectada, conocida como slam o slamming.

- ❖ Diversificar la prevención en función del perfil (podría hacerse prevención ad hoc para migrantes, personas que ejercen la prostitución, usuarios de PrEP, personas con VIH, mujeres trans).
- ❖ Adaptar el enfoque de prevención selectiva al mercado local de sustancias, y a las circunstancias y dinámicas particulares de cada escenario urbano o turístico.
- ❖ Incorporar la participación de los usuarios de chemsex y del tejido comunitario en la discusión sobre cómo enfocar la prevención selectiva en este ámbito.
- ❖ Estudiar e identificar los factores de riesgo y de protección específicos en este contexto particular de uso sexualizado de drogas.
- ❖ Obtener mayores evidencias sobre los impactos del chemsex en la salud, que puedan utilizarse para construir mensajes de sensibilización y de prevención selectiva.
- ❖ Identificar programas de prevención específicos sobre chemsex a nivel internacional ya evaluados, observando su calidad y los efectos generados. Así como generar nuevas evidencias en prevención a partir del diseño e implementación de intervenciones piloto.
- ❖ Incorporar a la prevención información actualizada sobre el chemsex y los riesgos específicos que puedan darse en ese contexto derivados de situaciones emergentes, como es el caso de la infección por el Monkeypox o viruela del mono.

## Conclusiones

Durante mi formación profesional que me brindó la maestría en Estudios de Sexualidad de la UPN Ajusco, desarrollé una ética – política, es decir, mi ética que me ha permitido posicionarme dentro de la diversidad sexual. Esta postura me ha brindado la oportunidad de reconocer nuestras acciones privadas se vuelven asuntos públicos, lo personal es político. Justamente, la sexualidad es parte de esta dinámica sociocultural, pues se entrelaza con lo público y de ahí nacen las políticas públicas en sexualidad.

Durante estos dos años que he dedicado a mi proyecto de investigación no he parado de reflexionar sobre cómo hablar del chemsex y de esta “epidemia” que está creciendo en círculos de la comunidad gay en México. Cómo ya se destacó durante toda la investigación de tesis, el fenómeno del chemsex se ha manifestado con un cierto perfil, y trasciende a ser un problema de interés público que compete al sistema sanitario por todas las repercusiones que tiende al ser un problema público de salud, económico, cultural y hasta de drogas en México.

Por todo esto me parece fundamental hablar de ello en nuestro país, la experiencia que han tenido los países europeos con énfasis España puede ser un referente en la construcción de nuevas políticas de salud sexual ante esta problemática de salud. Es por ello, que a lo largo de estos cuatro capítulos se abordó el problema del consumo de sustancias psicoactivas y su implicación en la sexualidad y el reto que supone en visibilizar la práctica del chemsex como un problema de salud pública aquí en México y su omisión dentro de las políticas públicas de salud.

Se examinó la literatura disponible sobre varios diagnósticos realizados en distintos países europeos y su vinculación con la comunidad gay y hombres que tienen sexo con hombres en el consumo de drogas. Posicionando a España como uno de los países de la Unión europea que monitoreó a través de diagnósticos paliativos el abordaje de esta problemática en sus grandes ciudades, determinando que la práctica de chemsex ha provocado un gran crecimiento en el número de atenciones en los centros de salud sexual y otros servicios sanitarios.

Partiendo de esta base, se hizo descripción de las principales políticas públicas de salud en drogas y adicciones de los últimos años. Se compararon los resultados de dichas políticas a través de la metodología de la educación comparada y su técnica de yuxtaposición para sus respectivas diferencias, similitudes entre sistemas de salud, acciones y omisiones y sus puntos de encuentro en ambos países. Por último, se dedicó un espacio para presentar una propuesta de política pública llamado pronóstico con una orientación en el ciclo de las políticas públicas para proponer la importancia de visibilizar a través de acciones de política una perspectiva de

reducción de riesgos y daños en la política de drogas para dar prevención y tratamiento en la gestión de placeres dentro de la práctica de chemsex en México.

Los esfuerzos de la actual administración sexenal, a través del el Plan Nacional de Desarrollo no cumplió con los objetivos y metas planteadas en el sector salud. Asimismo, la crítica fuerte sobre el discurso que sostiene sobre el combate contra las drogas y la prohibición de éstas mismas, ha puesto en duda la Estrategia Nacional de prevención de Adicciones, pues dentro de esta misma sostiene en el documento apearse al modelo internacional sobre ya no instaurar en la construcción de política de drogas un enfoque prohibicionista. Al contrario, el ex secretario de Salud Pública Hugo López Gatell había anunciado en el 2018 a principios de este sexenio que el Plan de Acción sobre Adicciones se estaba apeando a las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud [OMS] y de la Organización Panamericana de la Salud [OPS] con estrategias preventivas sobre la reducción del daño en consumo de drogas.

Tras salir el Informe Mundial sobre Drogas en 2023, se calificó a México como dentro de los 5 primeros países peor calificados en política de drogas. Lo que representó un golpe fuerte para la administración de AMLO. Los esfuerzos de México por construir una cultura de paz en sus planes de acción ponen entre dicho que hay mucha distancia de lo dicho en documentos a la realidad. Tal cual el Plan Nacional de Desarrollo (2019) enuncia lo siguiente “*el modelo prohibicionista criminaliza de manera inevitable a los consumidores y reduce sus probabilidades de reinserción social y rehabilitación*” pero en la práctica a cinco años de distancia, la estrategia antidrogas del gobierno federal la lidera la Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA), la apuesta sigue por la ruta al combate, de los decomisos y quema de cultivos; hay un discurso estigmatizante que criminaliza a las personas consumidoras, infundiendo con campañas de miedo y desinformación. La regularización de algunas sustancias recreativas sigue siendo una incertidumbre en la realidad.

Al seguir esta lógica comparada, España ha tenido una continuidad en sus planes de acción sobre drogas, desde el primer plan que se instauró en 1985, las políticas y tomadores de decisiones en el país europeo han sobresalido por sus acciones concretas y tomando en cuenta las recomendaciones de los organismos internacionales. Por esta razón, el Plan de Acción sobre Adicciones 2021-2024 se centró en la prevención y reducción de los daños asociados a sustancias. Asimismo, en la elaboración del plan participaron en su elaboración ministerios de sanidad, comunidades autónomas y entidades locales, ONG´S, sociedades científicas y agentes sociales (sindicatos y patronal) implicados en el problema de las adicciones.

El resultado es un plan que enlista 46 acciones y 135 actividades bajo los principios de eficacia y optimización en la gestión de recursos. El plan atiende y contempla grandes restos contemporáneos como las nuevas formas de adicción antes no estudiadas y nuevos patrones de consumo, dada la preocupación por los patrones de consumo de internet o las nuevas formas de adquirir sustancias psicoactivas por medio de las redes sociales y sus significantes como una nueva cultura de “dealers” y en las interacciones para acudir a reuniones de sexo con drogas (chemsex).

Analizando esta comparación entre ambos países, los Sistemas de Salud son un punto medular que se debe de considerar en los planes de desarrollo de los países. Un sistema de salud sólido es una muestra de un país fuerte y que le da prioridad a la salud para el beneficio de su población. Al realizar este cruce de la yuxtaposición al comparar dos sistemas de salud de países de continentes distintos, pero con ciertos lazos culturales entre ambos, queda evidenciada la pertinencia del actuar en España y de la falla en México. El sistema de salud español obedece ciertas lógicas a través de las políticas institucionales y federales, esto brinda un punto de partida y de reflexión para analizar la situación del Sistema de Salud Mexicano.

Conocer la situación presente de otros países, especialmente en aquellos que presentan similitud es obligatorio para todos los sectores (Bereday, 1968). Las comparaciones internacionales ofrecen un medio excelente para analizar la propia realidad con otra perspectiva, en este caso el sector de sanidad en España pone en un punto intermedio valioso que demostró tener fortalezas en la atención de personas que utilizan drogas en las relaciones sexuales y documentar los primeros casos de chemsex en ese país en 2016 ya pone evidencia la eficacia en su cobertura universal y accesibilidad y Políticas Públicas con gran apoyo en los pilares de salud, educación y protección social.

En el caso de México pone en evidencia el manejo de programas aislados y que no conforman una verdadera política de salud y la poca participación ciudadana por falta de concientización de la población y sus servidores públicos. Asimismo, una desactualización de los programas educativos para la capacitación del personal de salud y con ello la aplicación de proyectos piloto en la salud sexual y reproductiva.

En esta misma línea, al realizar dicho análisis comparado, el sistema económico es importante al hablar de financiamiento público, al precisar la contrastación el gobierno español invirtió en 2022 un gasto sanitario público de 92.072 millones de euros, lo que representó el 6.8% del PIB, en el caso de México el contraste es abismal, el gobierno de México invierte menos en salud

(2.8% del PIB) por la política de austeridad del gobierno de AMLO. Estos contrastes ponen en evidencia que las campañas en adicciones y en drogas generaron vinculaciones muy pobres. Aunado a ello, el porcentaje de presupuesto destinado a la atención del consumo de sustancias con respecto al total de recursos de la Secretaría de Salud pasó de ser el 0.52% en 2018 al 0.36% en 2022.

Luego de seis años sin información directa de las personas usuarias, y tras el registro fuerte de un incremento de metanfetaminas en México en los últimos 10 años. La última Encuesta realizada para recabar estadística sobre consumo de sustancias se realizó en 2017, bajo la denominación Encuesta Nacional de Consumo de Drogas Alcohol y Tabaco (ENCODAT). Desde entonces, no existen datos sustanciales que reflejen los patrones de consumo de sustancias ilegales y legales. A diferencia de España que cada cinco años realiza un diagnóstico en sustancias tanto en personas heterosexuales como en la diversidad sexual.

El consumo de drogas es una práctica presente en nuestra realidad desde hace décadas y la respuesta del Estado mexicano durante este gobierno ha sido escasa y nula, y cuando existen narrativas que estigmatizan y criminalizan a las personas consumidoras de sustancias. Desde el inicio de la guerra contra las drogas, la estrategia principal sigue siendo punitivista, entonces, la historia del consumo de sustancias, como la del VIH/SIDA está marcada por los silencios mismos que obstaculizan la comprensión de la experiencia del uso de sustancias recreativas dejando muertes por sobredosis y por mala información.

Por lo que tanto en España como en México las personas que practican chemsex utilizan las sustancias antes y durante las relaciones sexuales dentro del abanico de experiencias que integran la sexualidad humana. Sin embargo, las políticas de salud pública en España reconocen que es una práctica sexual el chemsex que se atiende como un problema de salud, pero con un enfoque de reducción de riesgos y daños, pues no se llega a la abstinencia, al contrario, se trata de coeducar a las personas para que gestionen el placer de una manera responsable con cierta información para el autocuidado del cuerpo. A diferencia que en México aún no existe nada sobre el terreno de lo político, educativo y jurídico, esto obliga a diseñar e implementar una política específica si se pretende adecuar a la salud pública.

En el terreno de la Educación Integral de la Sexualidad tiene sentido la cobertura de educar sobre el abordaje del chemsex desde la reducción de riesgos y daños, poniendo en el centro el placer y los cuidados como herramienta preventiva. En este sentido, gran parte de los derechos

sexuales y reproductivos conforman esta perspectiva de reducción de riesgos y daños orientada a la sexualidad y al consumo de sustancias psicoactivas.

En la cartilla de derechos sexuales y reproductivos de las y los jóvenes se pone en manifiesto catorce derechos que se articulan con la educación sexual integral, la salud sexual y con la participación en las políticas públicas sobre sexualidad y reproducción. Contar con información y orientación sobre las sustancias a consumir (efectos, duración, posibles consecuencias, dosificación, adulteración) facilita la propia vida sexual, la reflexión, decisión y gestión de un consumo y una sexualidad responsable, potenciando el placer y reduciendo las experiencias o consecuencias negativas.

Es así que, la educación para la salud y la educación sexual deben retomar esfuerzos y darle la importancia a este tipo de problemáticas que engloban la salud sexual. Como tal el chemsex es un tema nuevo y complejo en México, por lo que las instituciones de salud, como académicos, activistas y ONG'S deben sumar esfuerzos para ir abriendo camino a esta situación en particular e incluso ya tener evidencia científica de lo que está sucediendo en el resto de América Latina en el abordaje de las drogas, como es el caso de Colombia y Argentina que sus gobiernos han realizado acciones gubernamentales en el modelo de prevención y de alternativas al consumo y con la gestión del placer.

En general, esta investigación proporciona una base sólida para comprender la salud sexual en consumo de sustancias psicoactivas desde una mirada comparada entre dos países. Además, al ser una investigación pionera y exploratoria en los estudios de la sexualidad desde la política pública, el chemsex representa una realidad cotidiana entre la comunidad gay y hombres que tienen sexo con hombres donde hay placer, pero también hay desamparo y la necesidad urgente de políticas públicas para su acción. Por lo tanto, la escasez de investigación sobre lo que puede estar sucediendo en México acerca de la práctica de chemsex y los riesgos que puede traer a la vida de sus practicantes, fortalece la idea de que es necesario que se realicen investigaciones adicionales.

## Referencias

Ahmed, A.-K., Weatherburn, P., Reid, D., Hickson, F., Torres-Rueda, S., Steinberg, P., & Bourne, A. (2016). Social norms related to combining drugs and sex (“chemsex”) among gay men in South London. *The International Journal on Drug Policy*, 38, 29–35.

<https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2016.10.007>

Aguilar, L. (2012), Política Pública. Políticas Públicas, más allá del pluralismo y la participación ciudadana. Escuela de Administración Pública del DF. Secretaria de Educación del DF. ED. Vol.1, Siglo XXI. México, D.F.

Ballester, R y Guirado, M. (2000). Comportamientos y actitudes relacionados con el consumo del alcohol en adolescentes de 15 a 17 años. *Análisis y Modificación de Conducta*.

Bourne, A., Reid, D., Hickson, F., Torres Rueda, S. y Weatherburn, P. (2014). The Chemsex study: drug use in sexual settings among gay & bisexual men in Lambeth, Southwark & Lewisham. London: Sigma Research, London School of Hygiene & Tropical Medicine.

<http://www.sigmaresearch.org.uk/chemsex>

\_\_\_\_\_ Weatherburn P. (2017). Substance use among men who have sex with men: Patterns, motivations, impacts and intervention development need [Internet]. Vol. 93, *Sexually Transmitted Infections*. BMJ Publishing Group; 2017 p. 342-6.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28400466/>

Bolmont, M., Tshikung, O. N., & Trelu, L. T. (2022). Chemsex, a Contemporary Challenge for Public Health. *The Journal of Sexual Medicine*. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2022.03.61>

Bonino, L. (2002), Masculinidad hegemónica e identidad masculina. *Dossiers Feministes*.

Cabrini, M., Cahn P., Núñez, S., Rolón, M., y Salusso, D. (2020), Revista *Chemsex y uso de sustancias durante las relaciones sexuales: resultados de una encuesta realizada en Argentina*. Noviembre. Volumen 28. Núm. 103, pág. 40-50. Buenos Aires Argentina.

<https://www.sidastudi.org/resources/inmagic-img/DD78512.pdf>.

Coll, J. (2016). Drogas recreativas y sexo en hombres que tienen sexo con hombres: Chemsex: riesgos y problemas de salud asociados a su consumo, factores emocionales y estrategias de intervención. *Drog Emerg*. Madrid, España.

Coneval, (2023) *Estudio Sobre el Derecho a la Salud 2023: Análisis Cualitativo*.  
[https://www.coneval.org.mx/EvaluacionDS/PP/CEIPP/IEPSM/Documents/E\\_Derecho\\_Salud\\_2023.pdf](https://www.coneval.org.mx/EvaluacionDS/PP/CEIPP/IEPSM/Documents/E_Derecho_Salud_2023.pdf)

Cornejo, A., Díaz, A., Díez, M. y Valín, E. R. (2015). Vigilancia epidemiológica del VIH/sida. Situación en Europa y en España, 2013. *Boletín Epidemiológico Semanal*, 22, 249-256.

Daskalopoulou, M., Rodger, A., Phillips, A. N., Sherr, L., Speakman, A., Collins, S., Elford, J., Johnson, M. A., Gilson, R., Fisher, M., Wilkins, E., Anderson, J., McDonnell, J., Edwards, S., Perry, N., O'Connell, R., Lascar, M., Jones, M., Johnson, A. M., ... Lampe, F. C. (2014). Recreational drug use, polydrug use, and sexual behaviour in HIV-diagnosed men who have sex with men in the UK: results from the cross-sectional ASTRA study. *The Lancet HIV*, 1(1), e22–e31. [https://doi.org/10.1016/s2352-3018\(14\)70001-3](https://doi.org/10.1016/s2352-3018(14)70001-3)

DeFur, K. (2012). Getting to the good stuff: Adopting a pleasure framework for sexuality education. *American Journal of Sexuality Education*  
<https://doi.org/10.1080/15546128.2012.680864>

Deheza, R. del P. (2022). Usos de drogas, biocodificación del género, y sexualidades disidentes-minoritarias. Entre el pánico moral y la narcotización de la sexualidad. *Cultura y Droga*, 27(33), 112–140. <https://doi.org/10.17151/culdr.2022.27.33.6>

De La Mora, L., Ugarte, A., Martínez-Rebollar, M., De Lazzari, E., García-Hernández, D., Font, G., De Loredó, N., Solbes, E., Miquel, L., Blanch, J., Torres, B., Riera, J., Chivite, I., Ambrosioni, J., Inciarte, A., González-Cordón, A., Martínez, E., Blanco, J. L., Mallolas, J., & Laguno, M. (2022). *Chemsex Practices in PrEP: Beyond Addiction and Risk Toward a Healthy Sex Life*—Baseline Experiences from a Hospital-Based PrEP Program in Barcelona, Spain. *AIDS and Behavior*. <https://doi.org/10.1007/s10461-022-03730-5>

Detalles de: Análisis del bareback entre hombre gays en la ciudad de México dentro del contexto de la transmisión del VIH. / > Catálogo en línea Koha. (s/f). [Catalogoinsp.mx](https://catalogoinsp.mx).

Recuperado el 11 de octubre de 2022, de <https://catalogoinsp.mx/bib/11804>

Dolengevich, H. (2017). Trastornos por consumo de sustancias y fármacos. Programa de Formación Médica Continua. Vol. 11. Núm. 86. Barcelona, España.

\_\_\_\_\_ (2017). Chemsex. Un fenómeno emergente. Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, Alcoholismo y otras Toxicomanías. Palma Mallorca, España. *Revista Adicciones*, vol. 29, (3): 207-209. <https://www.redalyc.org/pdf/2891/289151752008.pdf>

Domínguez, R. (2015) Reporte de los resultados de la Encuesta Sobre Uso de las Drogas en Población LGBTI en México. Espolea A.C. México, de [Estudios%20de%20Sexualidad%20UPN%20Maestr%C3%ADa/CHEMSEX%20Estudios%20Cient%C3%ADficos/LibroEncuestaLGBT2.pdf](https://www.escuelaadfic.com/Estudios%20de%20Sexualidad%20UPN%20Maestr%C3%ADa/CHEMSEX%20Estudios%20Cient%C3%ADficos/LibroEncuestaLGBT2.pdf)

Drug misuse and dependence: UK guidelines on clinical management. (2017, julio 14). Gov.uk.<https://www.gov.uk/government/publications/drug-misuse-and-dependence-uk-guidelines-on-clinical-management>

EMIS – the European MSM Internet Survey. (2024, 9 febrero). <https://www.emis-project.eu/>

Fernández, D. (2016). “Sesión de sexo, morbo y vicio” una aproximación holística para entender la aparición del fenómeno del Chemsex entre hombres gais, bisexuales, y otros hombres que tienen sexo con hombres en España. *Revista Multidisciplinar del Sida*, 2016 ;4 (7);41-65.

Fernández Lamarra y Dono Rubio (2005). La educación comparada en América Latina: situación y desafíos para su consolidación académica. *Revista Española de Educación Comparada*. 11, 161-187.

Fernández, P. (2017). Sesión de sexo, morbo y vicio: una aproximación holística para entender la aparición del fenómeno ChemSex entre hombres gais, bisexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres en España.

Ferrer, F. (2002). *La Educación Comparada actual*. Barcelona: Ariel Educación.

Freestone, J., Bourne, A., Layard, E., Prestage, G., Murray, J., & Siefried, K. J. (2022). Playing at the edges, navigating sexual boundaries, and narrating sexual distress; Practices and perspectives of sexuality and gender diverse people who use GHB. *The International Journal on Drug Policy*, 108(103811), 103811. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2022.103811>

Fountain, J., Griffiths, P., Farrell, M., Gossop, M., & Strang, J. (1998). Diversion tactics: how a sample of drug misusers in treatment obtained surplus drugs to sell on the illicit

market. *The International Journal on Drug Policy*, 9(3), 159–167. [https://doi.org/10.1016/s0955-3959\(98\)00013-9](https://doi.org/10.1016/s0955-3959(98)00013-9)

Folch C, Fernández-Dávila P, Ferrer L, Soriano R, Díez M, Casabona J. (2014). Alto consumo de drogas recreativas y conductas sexuales de riesgo en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. Madrid.

González Marquetti, Teresa, Gálvez Cabrera, Elisa, Álvarez Valdés, Neiza, Cobas Ferrer, Flora Susana, & Cabrera del Valle, Natalia. (2005). Drogas y sexualidad: grandes enemigos. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 21(5-6) de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S086421252005000500015&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252005000500015&lng=es&tlng=es).

Hibbert, M. P., Hillis, A., Brett, C. E., Porcellato, L. A., & Hope, V. D. (2021). A narrative systematic review of sexualised drug use and sexual health outcomes among LGBT people. *The International Journal on Drug Policy*, 93(103187), 103187. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2021.103187>

Hideroa, M. (2010). Significados y experiencias del deseo y placer sexual de pareja en adolescentes. Una mirada desde la identidad de género (Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México).

Huerta, I. (2018). Centros de Integración Juvenil A.C. Prácticas sexuales de riesgo y drogas. *Revista CIJ*, Año 23, Núm. enero-marzo. Ciudad de México.

Íncera D., Gámez M., Ibarguchi L., García A., Zaro I., Alonso A. Aproximación al Chemsex en España 2021. Madrid: Apoyo Positivo e Imagina Más; 2022. Íncera D., Gámez M., Ibarguchi L., García A., Zaro I., Alonso A. "APROXIMACIÓN AL CHEMSEX 2021: Encuesta sobre hábitos sexuales y consumo de drogas en España entre hombre GBHSH". Madrid: Apoyo Positivo e Imagina Más; 2022.

Inmujeres (2004). El ABC de género en la administración pública. Instituto Nacional de las Mujeres/Programa de las Naciones Unidas para El Desarrollo. PNUD. México.

\_\_\_\_\_ (2007). El impacto de los estereotipos y los roles de género en México. México, Inmujeres.

Jacques, C. (2016). Discursos y prácticas sexuales de usuarios de saunas gay, Una aproximación desde las masculinidades. Tesis Doctoral. UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI. Barcelona, España.

Jiménez, Añaños, y Jiménez, (2020). LA SEXUALIDAD Y EL CONSUMO DE DROGAS EN EL OCIO NOCTURNO JUVENIL: UN ESTUDIO DE CASOS EN GRANADA. *Revista Inclusiones* 7 (2):557-77. <https://revistainclusiones.org/index.php/inclu/article/view/292>.

Kimmel, M. (1998) El desarrollo (de género) del subdesarrollo (de género): la producción simultánea de masculinidades hegemónicas dependientes en Europa y Estados Unidos. En: Valdés, T. y Olavarría, J. (coord.) *Masculinidades y equidad de género en América Latina*. Santiago: FLACSO.

Laguno, M., Ugarte, A., Martínez-Rebollar, M., Sobrino, Y., Font, G., de Lazzari, E., de la Mora, L., Torres, B., Chivite, I., Riera, J., Ambrosioni, J., Inciarte, A., González-Cordón, A., Rojas, J., Cordón, E., Blanco, J. L., Martínez, E., & Mallolas, J. (2021). Experiencia de un programa de profilaxis preexposición en una unidad de virus de la inmunodeficiencia humana hospitalaria. Descripción del perfil basal del usuario e identificación de oportunidades de mejora. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (English Ed)*.

<https://doi.org/10.1016/j.eimc.2021.04.005>

McCall, H; Adams, N; Mason D; Willis, J. (2015). What is chemsex and why does it matter? *Br Med J*.

Madrid Salud, Ayuntamiento de Madrid, & Área de Gobierno de salud, seguridad y emergencias. (2017). Plan de Adicciones de la Ciudad de Madrid 2017-2021.

<https://shorturl.at/blOQ9>

Madrid Salud. (2022). Plan de Adicciones de la Ciudad de Madrid 2022/2026.

<https://madridsalud.es/pdf/PLAN%20DE%20ADICCIONES%2022-26.pdf>.

Maté, G. (2019). In the Realm of Hungry Ghosts: Close Encounters with Addiction (1 edition). Berkeley, Calif.: North Atlantic Books.

Méndez, José. (2020). Políticas Públicas, *Enfoque estratégico para América Latina*. México: FCE, El colegio de México.

Mendoza Pérez, Juan & López-Barrientos, Héctor. (2022). Estudio exploratorio sobre el consumo de drogas en poblaciones de hombres gays de México.

10.13140/RG.2.2.34295.50080

Mollis, C. (s/f). *Materia: Educación Comparada*. Uba.ar.

[http://dspace5.filo.uba.ar/bitstream/handle/filodigital/3792/uba\\_ffyl\\_p\\_2016\\_Edu\\_Educaci%C3%B3n%20Comparada.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://dspace5.filo.uba.ar/bitstream/handle/filodigital/3792/uba_ffyl_p_2016_Edu_Educaci%C3%B3n%20Comparada.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Nimbi, F. M. Rosati, F., Esposito, R. M., Stuart, D., Simonelli, C., & Tambelli, R. (2020). Chemsex in Italy: Experiences of Men Who Have Sex with Men Consuming Illicit Drugs to enhance and Prolong Their Sexual Activity. *The Journal of Sexual Medicine*, 17(10), 1875–1884. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2020.07.00>

Parker, H., Aldridge, J., y Measham, F. (1998). *Illegal Leisure: the normalisation of adolescent recreational drug use*. London: Routledge

Plan Nacional Sobre Drogas, PNSD, (2004). Informe 2004. Observatorio Español Sobre Drogas. Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid.

Platteau, T., Herrijgers, C., & de Wit, J. (2020). Digital chemsex support and care: The potential of just-in-time adaptive interventions. *The International Journal on Drug Policy*, 85(102927), 102927. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2020.102927>

Raventós, F. (2012). Educación comparada, globalización, postmodernismo. *Revista española de educación comparada*, Vol. 14. Madrid

Rocha Sánchez, T. y Díaz Loving, R. (2011). Identidades de género. Mas allá del cuerpos y mitos. México: Trillas.

Rodarte, I. (2010). Modelo del funcionamiento sexual femenino (Tesis de Maestría, Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, México).

Salazar, D. (2005). Alcances y Limitantes de las Políticas en Salud Para las Poblaciones LGBT, Diploma en Investigación de Políticas Públicas y Sistemas de Salud de la Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia, Medellín, <http://web.invima.gov.co/portal/documents/BVSalud/lineamientos/19%20Diversidad%20sexual%20y%20equidad.doc>

Santoro, P., Rodríguez, R., Morales, P., Morano, A., & Morán, M. (2020). One “chemsex” or many? Types of chemsex sessions among gay and other men who have sex with men in Madrid, Spain: findings from a qualitative study. *The International Journal on Drug Policy*, 82(102790), 102790. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2020.102790>

Serena, F. (2020). Uso de drogas en contextos sexuales: una aproximación al chemsex. *Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología*, 5(7), 35–65. <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/aifp/article/view/31678>

Schmidt, A. J., Bourne, A., Weatherburn, P., Reid, D., Marcus, U., Hickson, F., & EMIS Network. (2016). Illicit drug use among gay and bisexual men in 44 cities: Findings from the

European MSM Internet Survey (EMIS). *The International Journal on Drug Policy*, 38, 4–12.

<https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2016.09.007>

Soriano, R., Adán, E., Energy, F. C., Asociación Bienestar, C., Madrid, D., Paz, L., & Apoyo, P. (s/f). *Redactores (Por orden alfabético)*. Gob.es.

<https://www.sanidad.gob.es/ca/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/chemSex/docs/DocumentoDEF.pdf>

Soriano R. Prevención en el contexto del chemsex. *Rev. Multidisc. Sida Monográfico* 2019. Junio de 2019;7(17). Disponible en:

<http://www.revistamultidisciplinardelsida.com/prevencion-en-el-contextodel-chemsex/>

Tan, R. K. J., Phua, K., Tan, A., Gan, D. C. J., Ho, L. P. P., Ong, E. J., & See, M. Y. (2021). Exploring the role of trauma in underpinning sexualized drug use ('chemsex') among gay, bisexual and other men who have sex with men in Singapore. *The International Journal on Drug Policy*, 97(103333), 103333. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2021.103333>

Tangerli, M. M., Godynyuk, E. A., Gatica-Bahamonde, G., Neicun, J., Van Kessel, R., & Roman-Urrestarazu, A. (2022). Healthcare experiences and barriers for Men Who Have Sex with Men - MSM - who engage in chemsex. *Emerging Trends in Drugs, Addictions, and Health*, 2(100043), 100043. <https://doi.org/10.1016/j.etdah.2022.100043>

Villar, C., Jiménez, J., Fúnez, C., & Correspondencia, J. (s/f). *Programas de reducción de daños en la drogodependencia*. Samfyc.es. Recuperado el 26 de noviembre de 2023, [https://www.samfyc.es/wpcontent/uploads/2020/01/v20n2\\_AE\\_programaRD.pdf](https://www.samfyc.es/wpcontent/uploads/2020/01/v20n2_AE_programaRD.pdf)

Wong, N. S., Kwan, T. H., Lee, K. C. K., Lau, J. Y. C., & Lee, S. S. (2020). Delineation of chemsex patterns of men who have sex with men in association with their sexual networks and linkage to HIV prevention. *The International Journal on Drug Policy*, 75(102591), 102591.

<https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2019.10.015>

Zaro, I., Navaro, T., Vázquez, J., García, A., y Ibarguchi, L. (2016). Aproximación Chemsex en España (P.40). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Gobierno de España. <https://shorturl.at/fKP25>