

# Políticas sobre Drogas **EN EL ECUADOR**



*Daniel Kuri García*





*Políticas sobre drogas  
en el Ecuador*

*Daniel Kuri García  
Rodrigo Vélez Valarezo  
2021*

**UNIVERSIDAD ESPÍRITU SANTO**

Km. 2,5 Vía a Samborondón - Ecuador  
Teléfono: (593-4) 5000950  
ceninv@uees.edu.ec  
www.uees.edu.ec

**Autores:**

Daniel Kuri García  
Rodrigo Vélez Valarezo

**Editores:**

Fernando Espinoza Fuentes  
Alexandra Portalanza Chavarría

**Coordinadora editorial:**

Natascha Ortiz Yánez

**Colaboradores Parametria:**

Carlos Daniel Gudiño Pérez  
Gustavo Santamaría  
José Patricio Zapata Muñoz  
Jorge Vicente Paladines Rodríguez  
Cristina Alexandra Delgado Rivera  
Carla Moreno Álvarez Velasco  
Diego Mauricio Galarza Moreno  
Daniela Ocaña Gordillo

**Diseño e impresión:**

TRIBU Soluciones Integrales  
Urdesa Norte Av. 2da. #315  
Teléfono: (593-4) 2383926  
ventas1@impgraficorp.net

Derechos reservados. Prohibida la reproducción parcial o total de esta obra, por cualquier medio, sin la autorización escrita de los editores.

**PARAMETRIA**

Manuela Saenz N22-56 y Montalvo,  
Conjunto La Estancia, casa #4  
Cumbayá, Quito  
Teléfono: (593-9) 7937 7834  
info@parametria.org  
www.parametria.org

**Fotografías:**

Ivette Idrobo Narváez, Dyango Safadi  
Flores, Carlos Cruz Chávez

**Portada:**

Universidad Espiritu Santo

**Cita:**

(Kuri & Vélez, 2021)

**Referencia:**

Kuri, D.A. & Vélez, R.S. (2021).  
Política sobre Drogas en el Ecuador.  
Universidad Espiritu Santo - Ecuador.

**Edición:**

Primera, Enero 2021

**ISBN:**

978-9978-25-161-4

## **AGRADECIMIENTOS**

A Open Society Foundations por el apoyo y el respaldo que permitió involucrar a la sociedad civil “Parametría” y la academia “Universidad de Especialidades Espíritu Santo UESS”, en el desarrollo de este libro que responde a los desafíos de una política de drogas que contribuya a la construcción de una democracia vibrante e inclusiva para el Ecuador.

A los académicos de diferentes países por la construcción del índice, así como también a los autores académicos e investigadores que participaron en el desarrollo de los diferentes capítulos de este texto que se entrega a la Nación.





## ÍNDICE

<b>PRÓLOGO</b> .....	1
<b>I. PANORAMA GLOBAL Y NACIONAL</b> .....	7
1.1. Panorama global.....	7
1.2. Lecciones aprendidas de América Latina en política de drogas.....	10
1.3. Abordaje en la última década del fenómeno drogas en Ecuador.....	13
1.4 Evidencias hacia una reforma del problema de la política de drogas.....	16
<b>II. PRINCIPIOS, DERECHOS Y GARANTÍAS DEL ESTADO</b> .....	23
<b>III. EDUCACIÓN</b> .....	55
Prevención de Drogas en el Ámbito Educativo.....	55
Una mirada global.....	56
Buenas prácticas a nivel mundial.....	57
Buenas prácticas a nivel regional.....	58
La Política de Drogas y el nuevo marco legal, su impacto en educación y salud.....	60
Una mirada nacional.....	65
La Prevención integral de drogas.....	66
Continuo de prevención integral.....	67
Tipos de Prevención.....	72
Factores de riesgo y protección.....	76
Programas de prevención en el ámbito escolar.....	79
Investigación.....	80
Materiales educativos.....	81
Procesos de capacitación docente.....	82
Evaluación.....	82
Procesos comunicacionales asociados a la prevención escolar.....	83
Principios de los programas escolares de prevención, basados en evidencia.....	84
Importancia del trabajo con los Departamentos de Consejería Estudiantil.....	85
Territorialización de la política pública.....	90
El papel e importancia de los Gobiernos Autónomos Descentralizados (GAD) en la consecución de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).....	91

<b>IV. SALUD</b> .....	101
4.1 Salud y fenómeno de drogas.....	101
4.2 Salud y consumo de drogas en el mundo y las Américas.....	101
4.3 Salud y consumo de drogas en Ecuador.....	108
4.4 Política de drogas y abordajes.....	112
4.5 Usos y consumos de drogas.....	116
4.6 Atención Integral en los consumos de drogas: prevención, reducción de daños, tratamiento e inclusión económica y social.....	120
4.7 Prevención en los consumos de drogas.....	120
4.8 Reducción de riesgos y daños.....	122
4.9 Tratamiento para las personas con consumos problemáticos.....	130
4.10 Recomendaciones para la construcción de políticas, planes, programas y proyectos de droga.....	145
<b>V. INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO</b> .....	153
5.1 Ciencia y tecnología.....	153
5.2 Inclusión Económica y Social.....	157
5.3 Propuesta de planes, programas y proyectos en materia de políticas sobre drogas, a nivel sectorial.....	161
<b>VI. SUSTANCIAS CATALOGADAS SUJETAS A FISCALIZACIÓN</b> .....	179
6.1 Estupefacientes.....	183
6.2 Precursores químicos y sustancias químicas específicas.....	187
6.3 Propuesta de planes, programas y proyectos de droga a nivel sectorial.....	189
<b>VII. DROGAS Y DERECHOS HUMANOS: ¿QUIMERA O REALIDAD?</b> ....	195
7.1 Introducción.....	195
7.2 Ecuador y el progresismo normativo de jure.....	196
7.3 La aplicación de facto del COIP y su carácter regresivo.....	203
7.4 A modo de síntesis y recomendación.....	206
<b>VIII. LA POLÍTICA DE DROGAS DEL ECUADOR: (DES) ESTRUCTURA Y (DES) ARTICULACIÓN INTERINSTITUCIONAL</b> .....	209
8.1 La política de drogas del Ecuador: las instituciones y las normas hasta el año 2000.....	209
8.2 Un nuevo milenio, una nueva coyuntura y un poco más de lo mismo.....	212
8.3 Gestión del conocimiento.....	216

8.4 Coordinación interinstitucional.....	218
8.5 La disolución de los asuntos de drogas.....	218
8.6 Hace falta más coordinación.....	220
8.7 Comunicación.....	222
8.8 Recomendaciones estructurarlas.....	222
<b>IX. RESUMEN DE PLANES PROGRAMAS Y PROYECTOS DE DROGA A NIVEL SECTORIAL.....</b>	<b>227</b>
9.1 A manera de resumen, la actual política pública de drogas del Ecuador y su planificación.....	227
9.2 Ámbitos, actores y proyectos.....	228
9.3 Ámbito de la salud.....	230
9.4 Ámbito de educación.....	233
9.5 Ámbito de educación superior.....	241
9.6 Ámbito laboral.....	243
9.7 Ámbito de control y seguridad.....	244
9.8 Ámbito de investigación y desarrollo.....	248
9.9 Conclusiones.....	249
<b>Anexos.....</b>	<b>279</b>



## PRÓLOGO

Este libro es el resultado de varios capítulos que describen evidencia científica y empírica analizada por la academia y la sociedad civil sobre los enfoques más adecuados para la implementación de una política de drogas centrada en el ser humano, sus derechos y desarrollo en el Ecuador; actualmente, la opinión pública tiene una amplia gama de información y percepción no sustentada sobre el “problema de las drogas” en el país, lo que hace que la población sea fácilmente susceptible al pánico moral y otros fenómenos mediáticos hacia las drogas. Al ofrecer un enfoque académico al problema, se propone hacer un análisis al fenómeno basado en datos, a fin de proporcionar una perspectiva contextualizada e imparcial que permita un mejor sistema de políticas de drogas que genere un modelo de desarrollo social en el entorno, regulando así el consumo, el mercado, los productos y las tecnologías de innovación.

La presente edición; “Política de Drogas, Institucionalidad y Planificación Estratégica” contiene nueve capítulos que explican en mayor detalle la evolución de este fenómeno socioeconómico; se inicia con un análisis del panorama global y nacional, que desde la perspectiva de la “Guerra Contra las Drogas”, es una categorización geopolítica de la distribución mundial, en términos del papel que juega cada país en el mercado internacional de drogas. A cada país se le asigna una identidad construida en base a un modelo económico binario de oferta (quién vende) y demanda (quién compra). A pesar de una alarmante evidencia científica que certifica la ineficacia de la “Guerra” en términos de derechos humanos, acceso a la justicia, reparación, estabilidad institucional y democrática, entre otros, el régimen global de políticas de drogas no ha sido alterado. Este informe condensa debates internacionales a niveles estatales, pero más importante, entre organizaciones de sociedad civil, usuarios de sustancias y víctimas de la “guerra”, para plantear alternativas en camino hacia el diseño de un nuevo sistema político sobre las drogas. La gran tarea, a más de descomponer la división entre los que usan y los que producen, es de darle nuevos sentidos a la relación de los seres humanos con las sustancias. Esto incluye nuevas formas de cómo entender los usos, pero también sobre los servicios que se requieren de salud pública, de justicia, seguridad ciudadana

y derechos humanos para atender a las problemáticas territoriales que desplieguen un mecanismo de respuesta basada en una política de drogas efectiva evidenciando el rol que debe asumir el Estado en esta relación.

En ese sentido, entender las transformaciones actuales en la educación, como ciencia y fuerza propulsora del desarrollo integral de las sociedades, debe ser comprendida como una transformación en la convivencia, a partir de la comprensión de los problemas y fenómenos socioeconómicos de la sociedad tales como usos y consumos de drogas, violencia en todas sus manifestaciones, corrupción etc.; con un enfoque de complejidad que permita el abordaje oportuno y adecuado de sus causas de manera colaborativa, para impulsar el Desarrollo Humano Integral, de la mano de las revoluciones tecnológicas y científicas aceleradas.

“La guerra contra las drogas” genera políticas prohibicionistas que impactan en la seguridad, salud, bienestar, respeto e integración de los consumidores y de sus familias; es decir en la salud social, generando contextos y productos mucho más tóxicos, lo cual obstaculiza el trabajo de los profesionales de la salud para reducir daños; generando estigma y exclusión; como indican Rolles, Murkin, Powell, Kushlick, y Slater, (2012) en su libro “The Alternative World Drug Report: Counting the costs of the war on drugs.

El abordaje del fenómeno socioeconómico de las drogas debe considerar la investigación científica como eje central de su proceder, donde la generación y evaluación de las políticas públicas, contemple la visión de los diferentes actores y especialmente aproveche el conocimiento, experiencia, innovación y objetividad de la sociedad civil y la academia, lo que permitirá contar con herramientas e información para la toma de decisiones de las diferentes instancias del Estado; la evaluación de las políticas implementadas ha sido un elemento que, hasta la fecha, no ha calado en las instancias de gobierno y por lo cual no ha permitido realizar ajustes extremadamente necesarios para mejorar la efectividad de las mismas, en este sentido el Gobierno debe priorizar la evaluación, a través de métodos innovadores que a partir de la experiencia puedan generar propuesta integrales para incrementar las posibilidades de éxito en la aplicación de las políticas. Otro hecho fundamental es que las

políticas a implementarse deben ser integrales, es decir generar propuestas que en conjunto influyan en los diferentes actores de la cuestionada “cadena de valor de drogas”, para esto es imprescindible generar la institucionalidad coordinadora que integre las diferentes visiones desde los sectores educativo, social, salud e interdictivo que en su conjunto consideren las externalidades positivas y negativas de la aplicación de las políticas.

Ecuador lideró los procesos de controles de sustancias catalogadas sujetas a fiscalización de la mano de la empresa privada, resaltando la licitud de la actividad de este sector que se apoyó en un sistema, sustentado en herramientas tecnológicas que fueron reconocidas a nivel internacional y compartidas a otros países de la región latinoamericana a través de una transferencia de tecnología. La nueva ley de drogas, que entró en vigencia a partir del año 2016, estableció a la Secretaria Técnica de Drogas como la autoridad nacional competente encargada de garantizar el cumplimiento de las medidas establecidas para la prevención integral y la regulación y control de las actividades relacionadas con las sustancias catalogadas sujetas a fiscalización. Con la supresión de este organismo técnico, las competencias de regulación y control fueron trasferidas a los Ministerios de Salud y Gobierno, sobre los cuales recae la compleja responsabilidad de mantener el equilibrio de garantizar su disponibilidad para fines médicos terapéuticos y de producción, al mismo tiempo prevenir desvíos hacia actividades ilícitas.

De otra parte, cabe considerar que es necesario confrontar la relación entre los derechos humanos y la política de drogas frente a la descriminalización de forma y de contenido, cuyo objetivo es la redefinición de la penalidad y la descarcerización de personas. Para algunos organismos internacionales (OEA), reconocidas plataformas de investigación y acción social (Release), así como agencias estatales (Policía), en Ecuador no se persigue ni castiga a los consumidores. Se trata de un plausible discurso que, no obstante, cae en una suerte de paradoja. De un lado, se creó un nuevo establecimiento normativo (de jure) reflejado a través de las reformas legales “en los libros”, dentro del cual se destacan los principios constitucionales (§ 364 CR) y las transformaciones a las leyes de drogas y penales (§ 220 COIP). Sin duda, un evidente progresismo de los derechos humanos que fija no sólo un estándar



de protección ante la estigmatización y criminalización, sino también frente a los castigos desproporcionales. Sin embargo, se produce de otro lado una realidad y efecto contradictorio de aquellas leyes (de facto) que forman parte de “la práctica” de las normas.

A pesar del establecimiento de cantidades umbral y de escalas de castigo que reducen significativa y nominalmente las penas, la tasa de arrestos practicados por la policía, así como el número de condenas y de población carcelaria, ha ido in crescendo. De este modo se muestra que el mundo de los códigos está divorciado del mundo de la acción; y, quizá, la inscripción del Ecuador dentro de la lista de países que han emprendido particulares procesos de descriminalización no sólo sea prematura, sino también quimérica.

Se presenta una reflexión sobre el estado actual de la institucionalidad pública encargada de la política de control de drogas en Ecuador, que a partir del cierre de la Secretaría Técnica de Prevención Integral de Drogas Seted, en el país no existe una institución dedicada únicamente al diseño y gestión de la política pública de drogas, lo que ha generado múltiples dificultades en lo que respecta a la gestión del conocimiento, investigación, coordinación interinstitucional y a la comunicación social desde el punto de vista de la sociedad civil. De hecho, como resultado de este análisis resulta emblemático la limitada coordinación interinstitucional de una entidad rectora de la política ecuatoriana de drogas que ha generado incompleta información sobre la realidad social del consumo, producción y venta de drogas, aspectos que no permiten un abordaje integral del fenómeno, generando un vacío de conocimiento para la toma de decisiones, para la coordinación institucional e interinstitucional, mediante una adecuada comunicación social.

Finalmente, este trabajo a través del intercambio de saberes, así como de experiencias profesionales y evidencia científica, podría constituirse en el mecanismo idóneo para promover una serie de propuestas basadas en el debate, análisis y reflexión del fenómeno socioeconómico de las drogas con la finalidad de orientar los resultados, alineados a los Objetivos de Desarrollo Sostenible ODS 2030 que lleven al abordaje en temas como desarrollo, seguridad, salud, bienestar de las comunidades, en la búsqueda de una convivencia armónica.

# **CAPÍTULO I**

---

## ***PANORAMA GLOBAL Y NACIONAL***

---



## **PARAMETRÍA CONSULTORES**

**Daniel Gudiño**

### **CAPÍTULO I PANORAMA GLOBAL Y NACIONAL**

#### **1.1. Panorama global**

(...) la polémica sobre la droga no debería seguir atascada entre la guerra y la libertad, sino agarrar de una vez al toro por los cuernos y centrarse en los diversos modos posibles de administrar la legalización. Es decir, poner término a la guerra interesada, perniciosa e inútil que nos han impuesto los países consumidores y afrontar el problema de la droga en el mundo como un asunto primordial de naturaleza ética y de carácter político, que sólo puede definirse por un acuerdo universal con los Estados Unidos en primera línea. Y por supuesto, con compromisos serios de los países consumidores para con los países productores. Pues no sería justo, aunque sí muy probable, que quienes sufrimos las consecuencias terribles de la guerra nos quedamos después sin los beneficios de la paz. Es decir: que nos suceda lo que, a Nicaragua, que en la guerra era la primera prioridad mundial y en la paz ha pasado a ser la última.

*Gabriel García Márquez, 1993*

La Guerra contra las Drogas (en adelante referenciada como La Guerra) es una categorización geopolítica de la distribución mundial, en términos del papel que juega cada país en el mercado mundial de drogas. A cada país se le asigna una identidad construida en base a un modelo económico binario de oferta (quién vende) y demanda (quién compra) (Martínez Valenzuela, 2013). La autoría de La Guerra se la asigna al ex presidente de los EE. UU. Richard Nixon, quien en la década de 1970, delineó una campaña dirigida contra las sustancias de producción no reguladas, y de todo aquel que estaba relacionado con el uso y la venta de ellas (López, 2016). En este sistema, las sustancias que se han utilizado durante miles de años con fines médicos y espirituales ahora se clasifican políticamente como ilegales (Seddon, 2011).

Casi 50 años después de declarada La Guerra, la evidencia científica ha demostrado que ésta no tiene una evaluación lógica sobre los riesgos relativos que las sustancias no reguladas tienen para la salud pública, que las métricas establecidas para 'ganar' La Guerra son inconmensurables, por el contrario,

en cada categoría de evaluación los datos muestran un efecto que empeora en casi todos los casos (López, 2016).

Así, La Guerra ha aumentado la violencia, los homicidios y las tasas de encarcelamiento (Werb et al., 2011). Al centrarse únicamente en reducir la oferta, La Guerra ha generado un desplazamiento de sustancias y de mercado (Jaén & Dwyer, 2014; Van Hout & Brennan, 2012). Además, al criminalizar sustancias, La Guerra redujo y descuidó las posibles aplicaciones y disposiciones médicas y de salud (Frank, 2018; Melo et al., 2018; Philipsen, Butler, Simon-Waterman, & Artis, 2014). Por el contrario, La Guerra aumentó el uso problemático de sustancias y alimentó la creación de mercados de drogas no regulados (J. Boyd, Boyd, & Kerr, 2015; S. C. Boyd, Carter, & MacPherson, 2016).

A pesar de esta alarmante evidencia científica, el régimen global de políticas de drogas no ha sido alterado. Existen tres razones fundamentales para revisar el funcionamiento de dicho sistema. En primer lugar, la burocracia internacional ideada para cumplir con los pactos internacionales sobre control de drogas es obsoleto (Room & Reuter, 2012). El organismo internacional para abordar la aplicación de los Convenios opera bajo una modalidad única de consenso, limitando cualquier posibilidad real de alternativas para aplicar o interpretar los Convenios (Room & Reuter, 2012). Este organismo se reúne una vez al año en Viena, Austria, para discutir el presupuesto y aprobar resoluciones, las cuales son negociadas por representantes diplomáticos que no son expertos en el campo, no están en contacto con problemas de la vida real con respecto a la política de drogas y al uso problemático de sustancias, y rara vez hacen uso de nueva evidencia científica producida consistentemente en el campo (Room & Reuter, 2012). Un dato no menor es que las agendas del organismo, sus prioridades y lineamientos con frecuencia responden a la agenda del contribuyente que brinda mayor financiamiento, que usualmente resulta ser los Estados Unidos (Room & Reuter, 2012).

Segundo, los cimientos legales en los que se fundamenta el régimen internacional de drogas, no responde a las actuales necesidades sociales (Bewley-Taylor & Jelsma, 2012). Los tres Convenios base que definen la

política internacional de drogas, diagramados para cumplir con el mandato de criminalización de las drogas, ha descuidado la protección de los derechos humanos, el bienestar y la salud pública (Room & Reuter, 2012). La aplicación de los Convenios y su interpretación actual ha llevado a tasas de encarcelamiento masivo en muchos países, siendo particularmente duro con aquellas minorías que sufren de exclusión sistémica y que frecuentemente resultan ser también los eslabones más débiles en la economía de la cadena de drogas (Room & Reuter, 2012). La aplicación de los Convenios no ha disminuido la disponibilidad de drogas ilegales en las calles y su precio sigue siendo altamente competitivo (Greenfield & Paoli, 2012). La criminalización de las drogas ha impedido que la investigación científica avance en la evaluación de daños, pero sobre todo en los potenciales beneficios que el uso de algunas sustancias, particularmente para uso médico podría traer para varias poblaciones. Además, la criminalización a través de las Convenciones ha anidado una respuesta extremadamente punitiva en muchos países del Sur Global, legitimada por la narrativa de la Guerra (Room & Reuter, 2012).

En tercer lugar, el sistema internacional de control se ha visto ampliamente desbordado por los avances mostrados a nivel nacional. Esto se observa principalmente en países que han adoptado servicios de reducción de daños como esfuerzos de distribución de jeringas y agujas, sitios de inyección supervisados y terapias de sustitución de opioides, entre otros (Ratliff, Kaduri, Masao, Mbwambo, & McCurdy, 2016). También se observa en países que crean alternativas al sistema de justicia penal al regular y despenalizar las drogas (Roberts, 2014).

En las últimas décadas, existe un número creciente de voces críticas que han llamado a poner los derechos humanos en el medio de las problemáticas del uso de sustancias (Barrett, 2008). En una ocasión sin precedentes, la Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el Problema Mundial de las Drogas (UNGASS-16), celebrada en abril de 2016, no encontró un consenso sobre el régimen internacional de políticas de drogas por primera vez en la historia, abriendo un espacio gradual para posibles reformas (Chatwin, 2017).

El panorama global así, está sentando las condiciones para una reforma estructural del sistema internacional, que van dando forma en pequeños núcleos locales hasta alcanzar acuerdos nacionales. Es interesante notar que los cambios en las políticas a nivel doméstico han estado ocurriendo constantemente en los últimos 30 años, especialmente cuando las estructuras encargadas de diseñar las políticas públicas, permiten que los sistemas de salud les informen (Csete et al., 2016; Hughes y Stevens, 2010; Zhang y Chin, 2018). Sin embargo, es importante señalar que esta no es la única razón por la cual los sistemas en torno al régimen de políticas de drogas han cambiado.

Los cambios en el sistema internacional se seguirán dando en base a que dichos “experimentos” locales sigan devolviendo información valiosa y resultados exitosos de cómo entender el uso de sustancias y los servicios que se requieren de salud pública, de justicia, reparación y derechos humanos para responder al problema de la política de drogas.

## **1.2. Lecciones aprendidas de América Latina en política de drogas**

América Latina ha ido acumulando mucha experiencia por el lugar que se le ha asignado a la región en cumplimiento con La Guerra. Esa experiencia se ha ido traduciendo en mayor especialización de los actores sociales y políticos para dar respuestas a los asuntos que involucran a los usos y problemáticas alrededor de las políticas de drogas.

En una gran mayoría, existen organizaciones y actores sociales y políticas, que han reconocido y problematizado el complejo rol que le ha sido impuesto a la región en La Guerra (Martínez Valenzuela, 2013; Singer, 2006; The Lancet, 2016). En menor cantidad, existen países que concretamente han realizado esfuerzos por reconfigurar la visión de la geopolítica de drogas, siendo Uruguay con la regulación del mercado del cannabis, y Bolivia con la denuncia de los usos de la hoja de Coca en los Convenios Internacionales, de los ejemplos más concreto en esos términos (Garat, 2015; Room & Reuter, 2012). México, Costa Rica, Argentina, Chile, Colombia, Brasil, Ecuador y Perú, en distintos momentos, unos con resultados más sostenidos, otros más regresivos, intentaron ajustar criterios tanto en las políticas como en las formas de cumplimiento de los sistemas de justicia y penales alrededor de los usos y comercio de sustancias no reguladas (Labate, Cavnar, & Rodríguez, 2016).

La inconsistencia en el mantenimiento de políticas basadas en derechos y evidencia científica, y del casi inexistente surgimiento de nuevas iniciativas en otros países requieren análisis profundos y diferenciados, pero recurrentemente se evidencia una notable influencia del sistema penal sobre los hacedores de política pública y de la imposibilidad de actores sociales por fuera del espectro biomédico para acceder a instancias de toma de decisión (A. Ritter & Lancaster, 2013; Trace, 2012)2012.

También existe una brecha sobre lo que los países latinoamericanos discuten, ofertan y critican a nivel internacional, frente a las posiciones que cumplen a nivel nacional y local (Chatwin, 2017). Consistentemente las posiciones en foros internacionales han sido sostenidamente progresistas frente a severas políticas de control, penalización y encarcelamiento de usuarios a nivel nacional (Calzada, 2016). Por ejemplo, para UNGASS 2016 los países sudamericanos participantes del Consejo Sudamericano sobre el Problema Mundial de las Drogas (CSPMD) plantearon varios ejes medulares temáticos, a través de un documento de posición única regional que fue defendida y presentada por el entonces Secretario General, Ernesto Samper. Entre ellos, se propone que los derechos humanos sean el elemento transversal a todas las políticas de drogas (Calzada, 2016). También se propuso que las políticas de drogas deben tener un enfoque en salud pública centrado en las personas y sus circunstancias, y con una visión de integralidad, equilibrado, sostenible y sustentable (Calzada, 2016). En Ecuador, por ejemplo, la visión de integralidad no se cumple con la eliminación de la Secretaría Técnica de Drogas dividiendo los asuntos vinculados a las drogas entre salud (Ministerio de Salud Pública) o interdicción (Policía, Fuerzas Armadas y sistema judicial) (Álvarez, 2019). Los efectos en términos de vulnerabilidades a los derechos de usuarios en países como México, Perú o Bolivia sostienen dudas si los modelos de las políticas efectivamente se centran en las personas y sus circunstancias (Caiuby Labate et. al, 2016).

Esto en parte responde a que las organizaciones de sociedad civil que contrapesan las decisiones de los Estados, velan por derechos y producen conocimiento, están mucho mejor equipadas para sostener un debate reformista a nivel internacional que a nivel nacional (Roberts, 2014).



Las dimensiones son diametralmente distintas. Mientras a nivel internacional se tiene mayormente claridad sobre los mecanismos de consulta y participación (conquistados legítimamente) y se cuenta con una serie de apoyos en términos materiales; los espacios de representación, participación y apoyo a nivel nacional son mucho más escasos. A nivel internacional también resulta mucho más fácil coincidir con las posiciones gubernamentales, producidas mayoritariamente por técnicos profesionales y lejos de las presiones de la opinión pública y los cálculos políticos, las cuales demandan de otras consideraciones a nivel local.

No obstante, la mayor razón para dichas diferencias recae que a nivel internacional los Acuerdos y los Convenios se desmarcan de las realidades específicas naturales de cada uno de los Estados. Es a nivel nacional cuando se requiere un debate sobre las estructuras socio-culturales y los factores económicos, políticos e históricos que tienen un efecto en la salud y en el bienestar de una población. Es aquí donde los Estados requieren asumir la responsabilidad sobre los determinantes sociales de la salud (Bogard, Murry, Alexander, & National Academy of Medicine (U.S.), 2017; Dasgupta, Beletsky, & Ciccarone, 2018).

En este sentido, se puede plantear que América Latina ha tenido dos grandes aprendizajes en dos distintas dimensiones. En primer lugar, los Estados latinoamericanos entendieron que el rol que juega la región en La Guerra llama a ser mucho más activo y menos ingenuo. No se puede cargar con los muertos y con la carga moral de ser “el enemigo” al mismo tiempo. En América Latina, al igual que en el Norte Global, también se requieren servicios de protección social y salud para enfrentar las problemáticas que se generan con la producción, el tráfico y el consumos de sustancias no reguladas (Barrett, 2012; Greenfield & Paoli, 2012; Ziegel, 2018).

El segundo gran aprendizaje es que no existe un problema mundial con las drogas, sino que persiste un inconveniente con su política. La política de drogas debe entenderse como un conjunto integral de directrices, políticas y leyes, así como valores y normas, que dan forma a las decisiones de los gobiernos y los encargados de formular políticas, sobre cómo gastar dinero

público, la calidad y el tipo de los servicios disponibles, y la distribución del poder entre la salud y el sistema de justicia penal (The Lancet, 2016). La política de drogas se cruza en cómo, dónde y por qué las drogas se producen, comercializan y criminalizan, y cómo estos factores afectan a diferentes poblaciones, sus economías y la salud (Gudino y Vélez, 2017).

Por lo tanto, la política de drogas debe abordarse desde una perspectiva de salud pública, pero a su vez deber ser entendida desde la intersección de la identidad y de los factores sistémicos (Crenshaw, 1991). Esto es algo que las organizaciones de la sociedad civil han comprendido en gran nivel.

### **1.3. Abordaje en la última década del fenómeno drogas en Ecuador**

La aprobación de una nueva Constitución en 2008 marcó un punto de partida para establecer una contradicción con la corriente punitiva sobre las drogas, que había sido la tendencia durante la última parte del siglo XX. La nueva Constitución incluyó en su texto el artículo 364 que permite la posibilidad de tratar los asuntos relacionados con las drogas como un problema de salud pública, reconoce la diversidad y los niveles de consumo bajo usos ocasionales, habituales y problemáticos, y prohíbe la criminalización de los consumidores (Paladines, 2017). Estos cambios a nivel constitucional fomentaron una primera reforma de drogas, que luego se complementó con varias manifestaciones políticas que condujeron a un cambio en el direccionamiento de la política de drogas en el Ecuador (Gudino & Velez, 2017).

Desde el indulto a las llamadas “mulas” del narcotráfico (2008), pasando por el diseño de la política de cantidades de umbral -más conocidas como “tablas” - (2013), hasta la promulgación de una nueva Ley de Prevención (2015), entre otras, estas medidas proporcionaron una crítica a la visión represiva mantenida hasta entonces (Gudino & Velez, 2017).

La reforma en Ecuador permitió romper con los paradigmas rígidos en el sistema internacional de drogas, iniciando procesos valiosos de interpretación de las normas sobre el bienestar y la salud de la población, ajenos a las métricas de la Guerra. Se racionalizaron las sanciones y se aplicaron principios proporcionales de castigo (Paladines, 2017). También se les otorgó a jueces una guía en la toma de decisiones dentro del sistema legal y así evitar la

criminalización de los consumidores de sustancias no reguladas y abrir el espectro para la aplicación de políticas públicas más allá de la justicia penal como única respuesta (Paladines, 2017).

Este conjunto de reformas concluyó con la creación del nuevo Código Penal (COIP) en 2014, establecido para crear un procedimiento armónico para la ejecución penal. Éste fue redactado para concentrar y filtrar cualquier ley penal dispersa en el orden legal nacional y establecer un catálogo único para delitos y sanciones, proporcionando certeza en los procesos de ejecución de las normas y diferenciar a los autores de los participantes (Paladines, 2017).

El nuevo Código Penal también interrumpió la aplicación de la prisión preventiva en casos de tráfico de pequeña escala y, junto con los traficantes de mediana escala, ahora ambos podrían recibir una suspensión condicional de la sentencia (libertad condicional) (Gudino & Velez, 2017). Además, la reducción diferenciada de la pena en las diversas formas de tráfico permitió a la política penal redirigir el procedimiento de arrestos y su incidencia en el encarcelamiento (Paladines, 2017).

La reforma también favoreció la clasificación de género y peso de las sustancias sujetas a control y enfatizó la necesidad de una prueba de tráfico bajo un conjunto de formas de categorización (artículo 220). Este fue el paso angular que condujo a la proporcionalidad de las sanciones por delitos de drogas (Paladines, 2017).

El conjunto de elementos que se pensaron para dar forma a esta nueva visión de la política de drogas, generó una ágil liberación de personas privadas de libertad, sancionadas por posesión de sustancias no reguladas de escala mínima y media, que terminó por 'sincerar' los inadecuados procedimientos y detenciones sin fundamento que sobre poblaron las prisiones ecuatorianas.

Todo esto tuvo su final a finales de 2015 con una contrarreforma que terminó con el enfoque progresivo adoptado hasta ese entonces en Ecuador, transgrediendo el Código Penal recientemente aprobado y conduciendo a un endurecimiento de las sanciones en asuntos de drogas.

En septiembre de 2015, bajo la presión de la coyuntura política nacional, el camino previsto por los elementos explicados anteriormente se puso en tensión poniendo al modelo de represión en disputa directa con el paradigma de la salud social. Esta segunda reforma, o contrarreforma, consistió básicamente en la reducción de los umbrales que distinguen las escalas de tráfico, haciendo que la línea entre el tráfico pequeño (microtráfico) y el consumo sea extremadamente tenue, en consecuencia, aumentando las sanciones por delitos relacionados con drogas (Gudino & Velez, 2017).

El razonamiento detrás de las reformas se atribuyó principalmente a la “confusión” de la política puesta en práctica por los funcionarios de justicia. Hubo un alto nivel de imprecisión en el uso de ambas tablas, lo que condujo a un malentendido de que los umbrales que diferenciaban los niveles de tráfico eran los mismos “protectores” de los consumidores. Además, para la opinión pública, debido a que los umbrales evitaban el uso excesivo del encarcelamiento preventivo, había una sensación de impunidad en los sospechosos de tráfico a pequeña escala. Los umbrales se adujeron como excusa para el “consumo desenfrenado” y la principal fuente de inseguridad pública, canalizados a través de una narrativa populista de los medios y la desesperada necesidad de votos de una clase política que se estaba preparando para elecciones generales.

Las contrarreformas generaron un cambio en la rapidez del encarcelamiento y en el enfoque en las sustancias que motivan la detención (Gudino & Velez, 2017). También demostraron la segmentación y el arbitraje que están sujetos los diferentes eslabones de la cadena económica de las drogas. Los consumidores y los traficantes de baja escala, que generalmente tienden a estar en el quintil de bajos ingresos y pertenecen al segmento más vulnerable de la población, recibieron sentencias más duras y mayor aprehensión frente a los traficantes a gran escala, que generalmente están en la parte superior de la cadena (Gudino & Velez, 2017).

En términos institucionales, si bien los cambios en la implementación, procedimientos y lecturas sobran las políticas de drogas en el Ecuador se daban mayoritariamente en el sistema penal y judicial, la reestructuración

venía marcada desde el ejecutivo. El órgano responsable para el diseño y la implementación de la política de drogas, la Secretaría de Prevención Integral de Drogas (SETED), desde sus inicios asumió un rol de control y lucha sobre el microtráfico en lugar de un organismo técnico para el diseño, implementación y evaluación de la política de drogas (Álvarez Velasco, 2019). La SETED nace paralelamente con la imposición de las contrarreformas en el Ecuador. Al competir con la Policía en tareas de interdicción, redujo su aptitud y legitimidad ante la opinión pública y frente a los otros organismos del Estado (Álvarez Velasco, 2019). Finalmente, en un escenario marcado por un gobierno presionado y dispuesto por reducir el tamaño del Estado, la SETED es eliminada del espectro político del Ecuador, dejando al país sin un órgano rector para la política de drogas.

La eliminación de la SETED termina siendo la última vuelta de tuerca en el retorno a las métricas de La Guerra. Sin órgano central para el diseño de la política pública, Ecuador cede la narrativa de su lectura sobre las sustancias y se acomoda convencionalmente al propio rol que se le fuera otorgado en las dinámicas de La Guerra. Al no existir integralidad entre las tareas propias de interdicción y su relación con todas las demás dinámicas propias de los determinantes sociales de la salud, no se puede asegurar que en Ecuador exista una sola política de drogas, sino acciones Estatales que responden a las problemáticas coyunturales vinculadas a los usos y tráfico de sustancias no reguladas. A su vez, esto resulta conveniente para actores políticos que carecen de agenda, base política y discurso, haciendo de las drogas una plataforma populista con fines proselitistas.

#### **1.4 Evidencias hacia una reforma del problema de la política de drogas**

La división geopolítica creada por La Guerra fue exitosa en la prevención de la cooperación real a nivel internacional en el campo de la política de drogas. Al preestablecer los roles asignados a los países de todo el mundo, la política de drogas ubicó deliberadamente al mundo en una ecuación del bien contra el mal, a través de la lógica de quién produce (oferta) y quién consume (demanda) sustancias no reguladas (Crick, 2012). Al clasificar a los países en esta segmentación, la lucha contra las drogas se dirigió a reducir la oferta y desalentar la demanda, eliminando cualquier posible intercambio entre ambas partes (Greenfield & Paoli, 2012).

Una hipótesis inicial plantea que esta división ha generado desconfianza entre las clases políticas en las dos fronteras del mundo, que a su vez recurrieron a la ayuda de las fuerzas de seguridad nacionales e internacionales para resolver los problemas relacionados con la producción de drogas y el uso de sustancias. Por lo tanto, no ha habido cooperación política en el sistema global de drogas, sino solo intercambio militar (Seddon, 2011).

En un mundo globalizado e interconectado, mientras que los efectos son locales, las soluciones deben asumirse globalmente. Para que haya una reforma de la política de drogas en un contexto internacional, debe producirse un intercambio global entre el Norte y el Sur Global por fuera de los discursos de seguridad, de otra manera transformar el sistema global de drogas continuará siendo un esfuerzo desafiante (Barrett, 2008).

De parte de la academia y de las organizaciones sociales existe suficiente evidencia para dismantelar la narrativa de La Guerra e inaugurar un nuevo régimen para la investigación del uso de sustancias y la prestación de servicios sociales y de salud para aquellas personas que deciden usar sustancias. Hay evidencia de cómo incorporar teorías interdisciplinarias críticas en los estudios de salud (Stevens, 2011). De cómo utilizar nuevas métricas para la investigación y comprensión del uso de sustancias (Werb et al., 2016). De cómo incorporar estudios críticos de género para la investigación de políticas de drogas (Boyd et al., 2016). De cómo establecer prioridades de salud en la investigación del uso de sustancias (Baum et al., 2014). De cómo generar argumentos válidos dentro de las posibilidades del ámbito político (von Hoffmann, 2016). Pero muy pocos estudios intentan conectar las prácticas de reducción de daños con las reformas de las políticas de drogas (Zhang & Chin, 2018).

A nivel internacional, los países latinoamericanos han sido fundamentales para el cambio de tono en las discusiones sobre la política de drogas a nivel internacional. En Sudamérica, el Consejo sobre el Problema Mundial de las Drogas de UNASUR, jugó un rol clave para que los propios países sudamericanos piensen sobre el lugar que ocupan en La Guerra y los efectos que han tenido sobre sus poblaciones. Entre otras, también permitió como

en pocos casos en la historia, que la región vaya con una posición común hacia una Conferencia Internacional parte del Sistema de Naciones Unidas. Sin duda, también cimentó los esfuerzos que desembocaron en la falta de consenso en UNGASS, así como la inclusión de otros organismos de Naciones Unidas más allá de la Oficina de Drogas y Crimen.

Ecuador en particular, ha sido uno de los países que se unió temprano al mapa que busca repensar la política mundial de drogas. La política de umbrales, la salida de la base operativa militar de Manta y la renuncia unilateral a las preferencias arancelarias a cambio de interdicción por parte de los Estados Unidos, dan cuenta de ello. A nivel mundial Ecuador se posicionó cercano a otros países efectivos en reconfigurar las métricas de La Guerra, como Portugal (despenalización de todas las drogas), Uruguay (regulación del mercado de cannabis), Suiza (reconfiguración de los objetivos policiales y criminales sobre los asuntos vinculados a las drogas), entre otros. Los experimentos, por breves que hayan resultado, dieron cuentas concretas de beneficios para la población, particularmente en la reducción sustantiva de prisión (Gudiño & Vélez, 2017). Esto da cuenta de espacios para repensar las políticas alrededor del uso de sustancias, dentro del espacio disponible en las Convenciones y bajo las estructuras de representación planteadas en el sistema internacional.

A futuro, Ecuador no debe perder ese espacio legítimamente conquistado a nivel internacional. Nuevas alianzas y experiencias le pueden ser de mucha utilidad al país para adoptar políticas integrales y sustentables. A más de interdicción, Ecuador requiere políticas de salud en reducción de daños, tanto para usos y prevención, y en la incorporación de métricas en derechos humanos, en apoyo en servicios de salud mental, y en rehabilitación más allá de abstinencia. También requiere políticas de integralidad con el campo, de campesinos y poblaciones indígenas en las cadenas productivas. Es importante dar paso a la eliminación del estigma y de ofrecer diálogos más amplios que den cuenta de la complejidad del tema.

La gran tarea, a más de descomponer la división entre los que usan y los que producen, es de darle nuevos sentidos a la relación de los seres humanos

con las sustancias. Esto fue lo que dio nacimiento a la medicina como la conocemos. También sobre el rol que debe jugar el Estado en esta relación. La política de drogas requiere de mayor complejidad, interseccionalidad y empatía.





## **CAPÍTULO II**

---

### ***PRINCIPIOS, DERECHOS Y GARANTÍAS DEL ESTADO***

---



**Daniel Kuri**

## **CAPÍTULO II PRINCIPIOS, DERECHOS Y GARANTÍAS DEL ESTADO**

Cualquier política de drogas que desee tomar un estado debe estar enmarcada en los principios, derechos y garantías reconocidas en los marcos normativos de los estados, tanto en el plano constitucional como en el de los instrumentos internacionales vinculados. Hasta hace 20 años, los derechos humanos no formaban parte del debate de control de drogas; en sí se analizaban ambos asuntos de manera independiente. Fuera de los movimientos de legalización de drogas en ciertos países, la idea de que el control de drogas vulneraba los derechos humanos hubiese sido considerada bastante extraña en ese entonces. Los objetivos que deben plantearse con respecto a la realización de una política de drogas responsable no consisten en tener una posición (utópica) de buscar una sociedad libre de drogas, pues esta perspectiva ha llevado desde hace décadas a la búsqueda de la eliminación completa y la consecuente “guerra contra las drogas” que solo ha causado daño mediante un sistema de punición y castigo que olvidó en gran medida la prevención y la salud de los consumidores (Chatwin, 2018). Ante ello, la visión responsable debe ser una por medio de la cual se busquen respetar las libertades individuales más allá de la mitigación de daños producidos por las drogas. Es decir, tener en la mira una política de drogas que busque la reducción de los riesgos a la salud pública, así como los riesgos sociales que representa el consumo de las drogas.

La naturaleza emotiva del debate difícilmente es exclusiva del control de drogas, pero podría decirse que es algo sorprendente dado que, en teoría, al menos, las dos partes parecen compartir muchas suposiciones comunes. La más clara de ellas es como ambos sectores están de acuerdo en que lo que ahora se clasifica como “drogas ilícitas” tiene el potencial de causar serios riesgos para la salud, un hecho obvio, pero que vale la pena repetir. Esta suposición compartida lleva a la clara conclusión de que las personas deben ser desalentadas de consumir estas sustancias, punto en común que, nuevamente, la mayoría (aunque no todas) de personas de ambos lados estarían de acuerdo en el “que” de la prevención, pero no en el “cómo”:

debatándose principalmente entre medidas y políticas represivas, o búsqueda de nuevos métodos significativos de intervención (Werb, 2018). Para ello es necesaria una perspectiva coordinada que permita disminuir los incidentes graves relativos al consumo de drogas, lo que incluye muertes por sobredosis o contagio de enfermedades como el VIH por ejemplo (van Beek, 2007). No puede haber políticas que creen un divorcio entre la visión de las instituciones de seguridad del Estado y las instituciones de salud pública. Finalmente, ambas partes del debate también, están de acuerdo en que es un objetivo deseable excluir elementos criminales, que hasta ahora se han beneficiado de una enorme riqueza y poder a través del tráfico ilícito de drogas (Health Poverty Action, 2017).

Hay, por lo tanto, mucho acuerdo en el punto de partida. Es cómo abordar esas preguntas donde empiezan los desacuerdos, y comienza la tensión en el debate público. Evidentemente, hay un amplio espectro de puntos de vista sobre estos temas, y parte del fondo del debate es entre aquellos que creen que la justicia penal tiene un papel importante que desempeñar para disuadir a las personas de abusar de las drogas ilícitas, por un lado, y, por otro, aquellos que creen que el enfoque basado principalmente en la militarización o en la justicia penal ha sido un fracaso (Werb, 2018), y que eliminar las drogas del sistema de justicia penal es el mejor camino a seguir.

El antiguo campo está plagado de historias y propaganda de miedo de drogas “de entrada” y adicción inmediata e irrevocable que no tienen base en la realidad, y que a menudo resultan en desacreditar al movimiento de legalización en sí (Werb et al., 2011). Ante ello, es importante tener un primer marco con respecto a los principios y las normas existentes a nivel global que regulan la problemática de las drogas. Para ello, se partirá desde una perspectiva de los Derechos Humanos, así como de la normativa internacional y las convenciones internacionales que delimitan la legislación, así como experiencias comparadas de otros países. El lenguaje de los derechos humanos entró al discurso de las drogas a principios de la década de los 2000, y esto ha cambiado la situación dramáticamente. La idea de los esfuerzos para combatir las drogas ilícitas, violentan los derechos humanos, ha ganado un impulso cada vez mayor en los foros de políticas convencionales, tanto a

nivel internacional como en varios países. Esta idea es propagada por algunas organizaciones no gubernamentales (ONG) de derechos humanos influyentes y académicos, ha aparecido en las posiciones adoptadas por agencias internacionales, algunas de las cuales han hecho comentarios, sugieren que también creen que el control de drogas per se viola los derechos humanos.

Figuras importantes como: ex altos funcionarios de las Naciones Unidas (ONU) e incluso los ex jefes de Estado también se han unido. A primera vista, parece que estas ideas están pasando a la corriente principal de la política internacional, eso es algo trascendental. El cambio radical en el enfoque internacional hacia las drogas ilícitas es inminente. Una muestra de ello se vio precisamente en la UNGASS 2016 donde se empezaron a poner los puntos claros de cómo han fallado las políticas represivas, y sus afectaciones en los sectores sociales de diversos países, representando “el punto final de la era de la ‘Guerra contra las drogas’- una era que data desde aproximadamente 1970 hasta tarde de los 2000” (Collins, 2017).

El punto de partida para los argumentos de derechos humanos es usualmente el mismo: que la “Guerra contra las drogas” no solo ha sido un fracaso miserable, sino que ha resultado en una letanía de abusos contra los Derechos Humanos en todo el mundo.

Los Derechos Humanos de las personas que abusan de las drogas están sujetos a violaciones generalizadas a través de la prisión arbitraria, el uso de la pena de muerte y otros abusos (Abadie *et al.*, 2018). De hecho, las personas no relacionadas con el abuso de drogas también han sido víctimas: la militarización de la aplicación de la ley de drogas en muchos países ha resultado en el uso excesivo de la fuerza por parte de funcionarios en general, así como en violaciones de los Derechos Humanos a través de la supervisión arbitraria y otros excesos. El punto es claro: la “Guerra contra las drogas” es sinónimo de violaciones de los Derechos Humanos.

En el centro de estos abusos se encuentra el régimen internacional de control de drogas: Las tres convenciones internacionales de control de drogas son “punitivas” y “opresivas”, el argumento exige que los gobiernos adopten

una postura intransigente e implacable hacia las drogas y las personas “inmorales” que se atreven a usarlas. Las instituciones internacionales responsables de monitorear la aplicación por parte de los Estados de estas convenciones son igualmente autoritarias, y condenan a los estados que no van a la línea (Hall, 2017). En esencia, el régimen promueve, exige y se auto propaga la “Guerra contra las drogas” y las violaciones que se derivan de ella. Los abusos de los derechos humanos mencionados anteriormente, por lo tanto, no son consecuencias involuntarias o accidentales, sino un resultado necesario del actual régimen internacional de control de drogas. Por ende, continúa el argumento, no hay forma de que el actual régimen internacional de control de drogas pueda conciliarse con los Derechos Humanos. La única forma en que los Estados pueden cumplir con sus obligaciones de derechos humanos es revisando el régimen de control de drogas desde sus bases más profundas.

Ante ello, un organismo que ha tenido un gran impacto ha sido la Comisión Global de Política de Drogas (GCDP). Los Derechos Humanos ocupan un lugar destacado en los argumentos del GCDP, específicamente de que el régimen internacional de control de drogas debe ser revisado. Dicho esto, argumentan que las políticas de drogas deben basarse en los Derechos Humanos y los principios de salud pública. Se debería poner fin a la estigmatización y la marginación de las personas que usan ciertas drogas y las que participan en los niveles más bajos de cultivo, producción y distribución. De particular relevancia para la política de drogas son los derechos a la vida, a la salud, al debido proceso y a un juicio justo, estar libre de tortura o tratos crueles, inhumanos o degradantes, de la esclavitud y de la discriminación. En otro documento, la Comisión Global para la Política de Drogas (GCDP por sus siglas en inglés) afirma que se necesita transformas el régimen mundial de prohibición de drogas, remplazando las políticas y las estrategias de drogas “orientadas por la ideología y la conveniencia política, por políticas económicas responsables y estrategias basadas en la ciencia, la salud, la seguridad y los Derechos Humanos – y adoptar criterios apropiados para su evaluación” (GCDP, 2011, p.3). Sumando, la política global de drogas continúa tratando todo el uso de drogas como si constituyera una grave amenaza para la sociedad. La política de drogas sigue enmarcada en términos de

“combatir” el “mal” de la “drogadicción”. Es a partir de esta generalización inicial, defectuosa, de todo uso de drogas como un “mal” que debe abordarse con medidas represivas basadas en la justicia penal, que han surgido tantas respuestas políticas irracionales e ineficaces, y surgieron tantas instituciones disfuncionales.

Los enfoques punitivos de la política de drogas están socavando severamente los Derechos Humanos en todas las regiones del mundo: Conducen a la erosión de las libertades civiles y a los estándares de juicios justos, la estigmatización de individuos y grupos, particularmente mujeres, jóvenes y minorías étnicas y la imposición de castigos abusivos e inhumanos (Golichenko, Stolz, & Ezer, 2018). Se puede aprender mucho de los éxitos y fracasos en la regulación del alcohol, el tabaco, las drogas farmacéuticas y otros productos y actividades que representan riesgos para la salud y otros riesgos para las personas y las sociedades. Últimamente, la forma más efectiva de reducir los daños extensos del régimen de prohibición global de drogas y avanzar con los objetivos de la salud y seguridad pública es controlando las drogas a través de una regulación legal responsable. Hoy en día, numerosas ONG, como Humans Right Watch, también utilizan el lenguaje de los Derechos Humanos para enmarcar los argumentos contra el control de drogas. Por supuesto, siempre ha habido ONG que abogan por el bienestar de las personas que abusan de las drogas, pero lo que ha cambiado es el uso por parte de estas organizaciones del marco de Derechos Humanos en su defensa y la expansión de esta defensa a la arena internacional como la ONU, en particular los organismos de Derechos Humanos de esta. Así, varios organismos de Derechos Humanos de la ONU también han expresado posiciones similares a los de las ONG mencionadas anteriormente.

El problema de los abusos causados en el curso de la aplicación de la ley de control de drogas, es un problema que afecta a distintos grupos de poblaciones. No hace falta recordar que los Derechos Humanos deben protegerse en la administración de la justicia penal y en la implementación de cualquier política. Así pues, los abusos obviamente deben detenerse. Bajo el régimen actual, se requiere que los Estados hagan que el uso ilícito en todas sus formas (por ejemplo, cultivo y producción, transporte, venta y consumo)



sea calificado un delito, aunque, existe un margen considerable bajo el control internacional para que los Estados interpreten este requisito de una manera que se adapte a su contexto nacional. La despenalización abarca un régimen en el que el uso ilícito de drogas seguiría siendo un delito, pero no estaría sujeto a sanciones severas como el encarcelamiento. Lo que generalmente se prevé, bajo este régimen, no es que todos los usos ilícitos de las drogas se dejen de lado, sino solo el consumo, es decir, el abuso de drogas ilícitas. Por lo tanto, el cultivo y la venta ilícitos podrían seguir sujetos a sanciones penales. Vale la pena señalar que la despenalización en la práctica es, de hecho, muy común (Benfer et al., 2018). Muchos países ya operan un régimen de este tipo, donde las personas que poseen pequeñas cantidades de drogas ilícitas (particularmente cannabis) para su propio consumo son sancionadas bajo el régimen de justicia penal, pero solo están sujetas a penas leves que no implican encarcelamiento. Por supuesto, hay excepciones notables, como los Estados Unidos y Rusia, donde la posesión de pequeñas cantidades de drogas puede resultar en fuertes sanciones, incluido el encarcelamiento.

Ahora bien, la descriminalización es similar a la despenalización, pero va un paso más allá debido a que el consumo de drogas pasa de ser considerado una sanción penal a una administrativa, los proponentes a menudo describen las sanciones como similares a las infracciones menores de tránsito. Las acciones como la fabricación y venta ilícitas generalmente siguen siendo delitos bajo este régimen. La descriminalización, ya sea de jure o de facto, es más rara, con la mayoría de los ejemplos limitado, una vez más al cannabis (por ejemplo, el sistema holandés de 'cafeterías', por el cual el cannabis sigue siendo ilegal, pero existe un compromiso formal y abierto de parte del gobierno no debe procesar delitos dentro de 'cafeterías' con licencia). Portugal es un ejemplo de un país que ha descriminalizado el consumo de todas las sustancias ilícitas, aunque las personas aún están sujetas a procedimientos con comisiones especializadas que intentan persuadir al individuo para que se someta a tratamiento. Sin embargo, otro asunto que constantemente no está claro es el tratamiento, en ambos sistemas anteriores, de narcotraficantes, en oposición a las personas que abusan de las drogas (GCDP, 2016). Generalmente, se supone que tanto la despenalización como la descriminalización, se prevén solo para personas que abusan de drogas

ilícitas, mientras que los narcotraficantes siguen siendo sujetos a sanciones penales.

Dicho esto, es sugerible que el mercado de drogas se regule de manera similar al alcohol, con restricciones de “sentido común”, por ejemplo, para proteger a los menores. La legalización sigue condenada por organismos internacionales como la JIFE y las Naciones Unidas. Sin embargo, en la actualidad ya existen formas mediante las cuales el Estado desempeñaría un papel importante en el control de la producción y distribución de drogas, en este caso las lícitas como los opioides, donde no parece existir ningún tipo de argumento en contra de su producción farmacéutica. Otros sistemas son menos claros al respecto y parecen estar satisfechos con que el Estado se mantenga al margen del control de las drogas, únicamente interviniendo en garantizar la calidad de las drogas en el mercado. Un número pequeño de jurisdicciones han legalizado las drogas ilícitas, y solo para el cannabis.

Ahora bien, es crucial tener en consideración la distinción entre despenalización y legalización, puesto que son términos totalmente diferentes. Sin embargo, los dos en particular a menudo están mezclados por ambos lados del debate. Con ello, es bueno poder utilizar terminología más dirigida a lo que se pretende, es decir hablar de “regulación”, “regulación legal” o “mercados legalmente regulados”. Estos términos se refieren al punto medular del proceso de controlar, mediante un sistema de reglas, la producción, el suministro y el uso de drogas. Ello no requiere un replanteamiento fundamental de los principios de política establecidos. La regulación y gestión de productos y comportamientos riesgosos es una función clave de todas las autoridades gubernamentales de todo el mundo, y es la norma en casi todas las demás áreas de políticas y leyes. Los gobiernos regulan todo, desde el consumo de alcohol y cigarrillos hasta medicamentos –y los materiales para su producción–, cinturones de seguridad, el uso de fuegos artificiales, herramientas eléctricas y deportes de alto riesgo. Si los riesgos potenciales de las drogas se van a contener y minimizar, los gobiernos deben aplicar la misma lógica reguladora para el desarrollo de políticas de drogas efectivas.

La idea precisamente es permitirles a los gobiernos retomar el control de lo que ahora son mercados ilícitos de drogas, inyectando orden en lo que ahora es una situación caótica: los mercados de drogas que están sujetos a una estricta regulación legal no son mercados libres, por lo que jamás se podría hablar de un mercado de drogas “libre para todos”, donde el acceso a las drogas no tenga restricciones y la disponibilidad aumente drásticamente. La regulación se trata de tomar el control para que los gobiernos, no los delincuentes, tomen decisiones sobre la disponibilidad y no disponibilidad de diferentes sustancias, en diferentes entornos (GCDP, 2018). Inevitablemente, si bien se podrá acceder a algunos medicamentos con los controles adecuados y otros solo a través de prescripción médica, otros medicamentos más nocivos seguirán necesariamente prohibidos.

A diferencia de los mercados criminales de drogas, la regulación legal permite a los gobiernos controlar y regular la mayoría de los aspectos del mercado. Este modelo no es un modelo distinto ni novedoso: en la mayoría de los países en la actualidad hay un control de sustancias, tanto para las “lícitas” como para las “ilícitas”. En el campo de la medicina, por ejemplo, claramente tenemos un modelo de regulación que permite tener acceso mediante prescripción médica a la misma. De igual manera en el campo de sustancias y precursores químicos tenemos un modelo de regulación que ha funcionado correctamente: por ejemplo, conforme con la información proporcionada por el Ministerio de Gobierno mediante la solicitud MDI-SOL-2019-01572, en el último año no han existido denuncias penales por parte de las entidades de control a las compañías que operan con dichos químicos, pese a que se han importado cerca de 121.000 toneladas de dichos químicos en el 2018. De ello, se busca una expansión del sistema actual de regulación, incluso similar con el caso del tabaco y del alcohol, para que el estado pueda también beneficiarse de un mercado que ya existe. Por ejemplo, regulaciones para sustancias derivadas, como el cannabidol, ya existen en el Ecuador, y ello no ha representado ningún mayor problema mayor.

Con ello, se debe buscar una política de regulación integral, basada en los principios y respeto a Derechos Humanos que permitan hacer políticas públicas claras y democráticas, y alejarse precisamente de los estigmas y

de las consecuencias nocivas que el actual sistema –fallido- provee. Estos principios rectores ayudarán a orientar de mejor forma la intervención política con el fin de poder marcar los objetivos de la forma más eficiente. Los Derechos Humanos están muy vinculados con las políticas de drogas, y en el lado equivocado de dichas políticas. Bajo varios de los estándares de Derechos Humanos, los consumidores de drogas han sido víctimas de muchas violaciones.

Varias veces las luchas por los Derechos Humanos de los consumidores han estado muy vinculadas a derechos como el derecho a la salud, mencionado en el Pacto de Derecho Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC); pero dicha convención cubre solo una parte de los derechos protegidos. Pese a que, históricamente, su judicialización directa ha sido motivo de análisis y lento avance (incluso ampliamente debatido en muchos países), se han utilizado en la lucha a favor de la regulación y legalización de las drogas. Sin embargo, no es el único derecho que ha estado fuertemente vinculado: en muchas ocasiones se ha buscado vincular otros principios y derechos, como aquellos que se encuentran en el marco del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP) y la Convención contra la Tortura, pues en diversos países a los consumidores se les han vulnerado sus derechos por prácticas como arrestos arbitrarios, uso excesivo de la fuerza, e incluso ejecuciones extrajudiciales, o incluso judiciales mediante la pena de muerte.

Ante ello, desde esta perspectiva basada en principios, hay que tomar como consideración principal el **derecho a la vida**, de la mano con el derecho a la salud. Estos dos derechos se encuentran ampliamente vinculados. Los consumidores de drogas deben tener un acceso de calidad, aceptable y suficiente de los servicios de salud para garantizar sus condiciones de vida. Ante ello, con respecto al derecho a la vida, desde una perspectiva estrictamente legal desde la perspectiva de su protección directa por parte de los estados, podemos encontrar algunos problemas a nivel internacional como la aplicación de la pena de muerte. Así, Irán, China, Corea del Norte, Singapur y Gambia son algunos de 32 países que para el 2015 tenían provisiones legales que permitían la aplicación de la pena de muerte en delitos relacionados con drogas (ONU, 2015). En América Latina y el Caribe

aún encontramos países que utilizan a la pena de muerte como sanción para algunas infracciones relativas a las drogas. Por ejemplo, en Guyana -conforme al Acta de Drogas Narcóticas y Psicotrópicas de Guyana sección 6, Leyes de Guyana capítulo 35:11- se sanciona con pena de muerte en aquellos casos donde se suministre, facilite o cause el consumo de drogas a un menor y resulte con la muerte de este; también Cuba, en el Art.190.1 del Código Penal, posee disposiciones donde se impone la pena capital a delitos vinculados con el tráfico internacional de drogas.

Desde una perspectiva de Derechos Humanos se ha buscado, desde hace mucho tiempo, la abolición de la pena de muerte. Así, tanto el Segundo Protocolo del PIDCP como el Protocolo de la Convención Americana sobre Derechos Humanos Relativo a la Abolición de la Pena de Muerte han buscado abolir completamente la pena de muerte. Pese a ello, en aquellos países donde no se ha abolido, aun encontramos límites a su aplicación. Conforme al Proyecto de Observación General Núm.36 sobre el artículo 6 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, relativo al derecho a la vida, manifiesta expresamente en su párrafo 39:

Los delitos que no resultan directa e intencionalmente en la muerte, como los delitos relacionados con las drogas, la tentativa de asesinato, la corrupción y otros delitos económicos [y políticos], el robo a mano armada, la piratería, el secuestro, y los delitos sexuales, aunque de carácter grave, nunca pueden justificar, en el marco del artículo 6, la imposición de la pena de muerte. (CCPR/C/GC/R.36/Rev.7, 2017)

Con ello, el uso de medidas legales que atenten contra la vida de las personas vinculadas con sustancias sujetas a fiscalización es claramente una violación a los estándares internacionales de derechos humanos. Pero ese no es el único estándar vinculado a la vida de los consumidores, pues esta está íntimamente vinculada con el derecho a la salud.

**El Derecho a la Salud** es uno de los derechos que también mantiene un alto grado de vulnerabilidad, está dentro de esos derechos históricamente no justiciables -pese que su justiciabilidad actualmente, se encuentra plenamente reconocida-. El acceso a la salud pública es un derecho fundamental reconocido

a todo ser humano, no solo por las legislaciones internas de cada Estado independiente, sino por organismos internacionales, cuyo objetivo es procurar el cumplimiento de un acceso gratuito, en su grado más alto, a la salud. La Organización Mundial de la Salud (OMS) en su constitución establece que serán los gobiernos quienes tendrán que responsabilizarse por la salud de sus pueblos, extendiendo a todos sus habitantes los recursos necesarios para acceder a una salud plena, tanto mental como físicamente, sin que exista discriminación alguna de por medio (ONU, 1945).

De acuerdo al glosario de la OMS, se define a *adicción* como el consumo repetido de una o más sustancias psicoactivas, generando una gran dificultad en el consumidor para interrumpir voluntariamente su uso (OMS, 2008). Desde la década de los 60, el término “adicción” dejó de ser usada, siendo sustituido por dependencia. Este último término, en relación al alcohol y otras drogas, es definido como: “un grupo de síntomas cognitivos, fisiológicos y del comportamiento que indican que una persona presenta un deterioro del control sobre el consumo de la sustancia psicoactiva y que sigue consumiéndola a pesar de las consecuencias adversas” (OMS, 1994). Estas consecuencias adversas, en cuanto al consumo reiterado de sustancias psicoactivas, deriva en problemas de salud tanto físicos como mentales, requiriéndose que los parámetros aplicados por la OMS tengan efecto en situaciones donde el paciente sea un drogodependiente. Puesto que, acceder gratuitamente a la salud en su grado más alto, debe entenderse como tener a disposición los tratamientos adecuados para tratar cada enfermedad de forma determinada, los consumidores de drogas deben disponer de estos beneficios.

El Estado ecuatoriano, al reconocer en el Art. 364 de la Constitución al abuso de sustancias psicotrópicas como un problema de salud pública, se acoge al deber de brindar un servicio integral y especializado. Para cumplir con ello, de la mano al acceso universal a la salud, los Estados deben contar con los servicios y programas suficientes que se adecúen a la necesidad de cada persona. Es decir, tiene que procurarse una atención oportuna y de calidad, además de los medicamentos y tratamientos consecuentes al problema, tomando en cuenta siempre que, la situación financiera de los usuarios no puede verse perjudicada por lo que esto implica (OPS, 2014).

Sin embargo, si revisamos los datos de Ecuador en 2015, por ejemplo, más del 60% del presupuesto que se manejaba para cuestiones relativas a los programas para combatir las drogas eran destinados al Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas (CONSEP), mientras que el “Proyecto de Creación e Implementación de Servicios de la Red de Salud Mental Comunitaria y Centros Estatales de Recuperación de Adicciones” no llegaba ni a la mitad del rubro asignado al CONSEP (Naranjo y Jaramillo, 2015). Esto es una muestra de cómo las prioridades de las políticas públicas del gobierno ecuatoriano están mal dirigidas, olvidando de la importancia que tiene el derecho a la salud para los consumidores, y esto también se puede ver con el poco número de camas que cuentan los CETADS y CATADS en Ecuador, existiendo alrededor de 100 centros los cuales muchos de ellos tienen menos de 20 camas.

El derecho a la salud se tiene como una de sus bases fundamentales el trato digno a sus usuarios, estableciéndose que toda persona tiene derecho a ser tratada con el respeto y la atención necesaria. En orden para alcanzar el grado más alto posible de salud, se consideran inaceptables los tratos discriminatorios, las situaciones de marginación y la estigmatización, debido a sus afectaciones en la salud física y mental (OMS, 2017). Por lo tanto, un paciente que presente problemas en relación a su consumo, debe recibir el mismo trato que cualquier otra persona que presente alguna enfermedad distinta, y no ser estigmatizada ni segregada en el acceso a dicha atención. Este derecho involucra una serie de parámetros que deben cumplirse por parte de los Estados para garantizar que todas las personas puedan gozar de un estado de salud pleno. Para ello, la OMS, ha planteado estrategias y soluciones que permiten vincular la salud con los derechos humanos, con el fin de combatir los graves problemas que obstaculizan acceder a la salud. Los enfoques propuestos por la institución son: no discriminación, disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, calidad, rendición de cuentas, universalidad (OMS, 2017). Este enfoque también fue señalado por la Corte Interamericana de Derechos Humanos en casos como los de Suárez Peralta Vs. Ecuador, o el de Poblete Vilches y Otros Vs. Chile. Estos deberes corresponden no solo a la regulación estatal de la salud (tanto para los prestadores públicos como privados) sino que debe asegurarse que exista número suficiente de

establecimientos de atención de la salud, con respeto a la ética médica, y que cuenten con el personal médico capacitado. En resumen, el objetivo que se plantea a través de estos enfoques es asegurarse que todas las personas, sin excepción alguna, puedan acceder a ser atendidos gratuitamente, recibiendo un tratamiento apropiado a su situación.

Los servicios de salud pública del Ecuador, por cuestiones de capacidad, se apoyan bastante en los servicios privados. Sin embargo, en materia de drogas, existe un gran vacío reconocido por el mismo Estado, a nivel de infraestructura y capacitación del personal: en el Primer Encuentro de Centros Especializados en el Tratamiento a Personas con Consumo Problemático de Alcohol y otras Drogas realizado por el Ministerio de Salud y otras entidades gubernamentales y civiles se destacó las fallas que tiene el sistema ecuatoriano, entre otras, están sobre la infraestructura y la capacitación (El Comercio, 2019); mostrando una aceptación del estado en la vulneración a los estándares del derecho a la salud.

La salud, como interés fundamental protegido por el Estado, no solo tiene una dimensión objetiva, en relación a la integridad física, sino que también tiene una dimensión subjetiva o moral, la salud mental. Esta segunda dimensión es definida como “un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (OMS, 2013). Una persona dependiente de sustancias psicoactivas difícilmente se encuentra en un estado de bienestar; y, al ser un tema de salud pública, tanto el consumo de drogas como la salud mental, el Estado debe encargarse de procurar los medios que se ajusten a la necesidad de la persona.

Pero la salud mental no es el único problema de salud que enfrentan las personas consumidoras. También está el caso de las drogas inyectadas vía intravenosa, donde son otro tipo de enfermedades a las que se ven expuestos los consumidores. Según informes de la Centro de Monitoreo Europea de Drogas, en el 2012, aproximadamente 15.9 millones de personas en 158 países se inyectan drogas. De estas, tres millones, pertenecientes a 120 países, son



portadores del virus del VIH. Otros estudios también mencionan como el 10% de portadores del virus son contagiados a través de agujas usadas para el consumo de drogas (Rolles *et al.*, 2016). En el Ecuador, según los informes del propio Ministerio de Salud Pública (MSP), hay más de cincuenta y cinco mil personas con VIH/SIDA (MSP, 2017).

Los consumidores de drogas deben tener un acceso de calidad, aceptable y suficiente de los servicios de salud. Ahora bien, varios países prohíben la provisión y posesión de jeringuillas generan temor entre los consumidores, alejándolas de servicios de prevención de VIH. Ante ello, crece el riesgo de contagio de enfermedades de transmisión sanguínea. Por otro lado, el acceso a las mismas (con cuartos de consumo, por ejemplo; o políticas de provisión de jeringas), así como de medicamentos, es un requisito primordial para el derecho a la salud. Si bien dentro del Marco de Trabajo Mundial 2016-2021 para el seguimiento del VIH/SIDA el tercer compromiso del estado ecuatoriano consistía en mejorar las políticas de prevención, y se reconoce a los usuarios de drogas inyectables como parte de los grupos expuestos, jamás se menciona algún programa o política para reducir la incidencia en este grupo (MSP, 2017). El negar los tratamientos o las facilidades de acceso en condiciones de igualdad y calidad implicaría una grave violación al derecho a la salud, y esto ha incluido la restricción que pesa en ciertos medicamentos, tales como la morfina o la metadona, la cual termina afectando el derecho a la salud de varias personas.

La protección al derecho a la salud está íntimamente vinculada también con el respeto a la integridad personal, en especial al **derecho a no ser sometido a tortura ni a otros tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes y el derecho a no ser sometido a trabajo forzoso**. La evolución de los estándares de Derechos Humanos como una fuente de limitación del poder punitivo del estado se ha enfocado considerablemente en la lucha contra las detenciones arbitrarias y el uso excesivo de la fuerza por parte de las agencias de seguridad de los estados. La prohibición de la tortura, así como de tratos y sanciones crueles, inhumanas y degradantes forma parte de los derechos fundamentales protegidos tanto por las constituciones nacionales como los tratados internacionales (como es el caso del artículo 7 del PIDCP). De la

misma forma existen disposiciones contra las detenciones arbitrarias (Art.9 del PIDCP), que van de la mano con las normas que rigen al debido proceso. Muchas veces, las personas consumidoras se ven vistas en problemas relacionados con la violación a estos principios, incluso no solo por agencias policiales sino también militares que se han visto envueltos en “ejecuciones extrajudiciales, desapariciones forzadas, torturas y tratos degradantes, y detenciones arbitrarias” (HRW, 2010). Todo esto representa como esa idea de la “guerra contra las drogas” ha sido más una guerra contra los ciudadanos.

Un caso muy particular es el de Camboya, por ejemplo. Pues en dicho país se ha notado que muchos detenidos son “sometidos a violencia sádica, incluyendo el ser electrocutados con bastones eléctricos y latigueados con alambres de púas doblados. Ejercicios físicos arduos y labores son la forma principal del supuesto “tratamiento” de drogas. Algunos detenidos son forzados a donar sangre” (Amon & Schleifer, 2010, p.3). Esto ha llevado a que incluso las Naciones Unidas se pronuncie al respecto manifestando que los tratamientos para la dependencia de drogas:

Deben cumplir con las obligaciones estatales de Derechos Humanos y reconocer la inherente dignidad de todos los individuos. Esto incluye respetar, proteger y satisfacer el derecho al más alto estándar obtenible de salud física y mental establecido en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales del cual Camboya es parte (ONU Cambodia, 2010, p.1).

Esta situación muestra la relevancia que existe con respecto a la criminalización del consumo por parte del Estado. Pues, teniendo el Estado la obligación de brindar un debido servicio de salud y tratamiento a los ciudadanos, especialmente a aquellos que se encuentran en centros de privación de libertad (al estar en una especial situación de vulnerabilidad y cargo del estado), la omisión de brindarles un tratamiento de salud –o incluso negárselo- contribuye a crear condiciones de un trato inhumano y degradante. A este punto es que el informador Especial de las Naciones Unidas sobre la tortura manifestó:

Si arrestas a alguien quien es un drogadicto y luego le quitas todas las posibilidades, todo acceso a drogas y sustitutos, entonces los

síntomas de la abstinencia como tales puede aportar a tratos crueles e inhumanos, y si esto es usado (como algunas veces es usado) con fines de interrogatorios, entonces habrá varias violaciones a Derechos Humanos. (UNDOC, 2009)

Esta práctica, o similares, no son ajenas a nuestro país: han sucedido casos donde se aprovechan de los dolores causados por la abstinencia, o que incluso al encontrar a una persona sospechosa de algún otro delito se le amenaza con procesarle (además) por un delito de tráfico si no coopera o realiza una (falsa) confesión. Con ello la capacitación al personal policial solo representaría una primera parte de lo necesario: el poder enseñarles a los consumidores sus derechos, por ejemplo, también serviría como una forma para que ellos puedan auto protegerse.

Más allá de eso, se debe señalar que los estados no pueden tener centros de “rehabilitación” obligatorios, pues estos se traducirían en centros de detención para consumidores, que de forma arbitraria estarían en ellos. A ello se le suma, precisamente, las violaciones a los **derechos al debido proceso y a un juicio justo**. De ello que tanto la ACNUDH y la UNODC se han manifestado de forma conjunta, y con otras organizaciones (2012), solicitándole a los estados que cierren este tipo de centros, implementando centros “voluntarios, basados en evidencia y derechos” de salud y servicios comunitarios:

The continued existence of compulsory drug detention and rehabilitation centres, where people who are suspected of using drugs or being dependent on drugs, people who have engaged in sex work, or children who have been victims of sexual exploitation are detained without due process in the name of “treatment” or “rehabilitation”, is a serious concern.

Compulsory drug detention and rehabilitation centres raise human rights issues and threaten the health of detainees, including through increased vulnerability to HIV and tuberculosis (TB) infection. Criteria for detention of individuals in these centres vary within and among countries. However, such detention often takes place without the benefit of sufficient due process, legal safeguards or judicial review. The

deprivation of liberty without due process is an unacceptable violation of internationally recognised human rights standards. Furthermore, detention in these centres has been reported to involve physical and sexual violence, forced labour, sub-standard conditions, denial of health care, and other measures that violate human rights.

Muchas veces estas limitaciones a la libertad no solo se llevan en dichos centros sino que son tomadas como detenciones. Así en el informe del 2014, A/HRC/27/48/Add.3, del Grupo de trabajo sobre la Detención Arbitraria del Consejo de Derechos Humanos de la ONU, se informó que en Brasil se utiliza un método de confinamiento involuntario autorizado por un doctor, el cual se le notifica a la Fiscalía dentro de las 72 horas, pero solo en Sao Paulo hubo 5 335 casos donde se detuvo a estas personas, bajo una política de llevar a la gente de la calle a detención. En el Ecuador el sistema de internamiento es “voluntario”, pese a que para cualquier confinamiento no-voluntario en un centro de tratamiento es necesaria una orden judicial, el procedimiento para obtenerlo es obscuro y muchas veces no seguido. Este requisito, que apareció desde el 2016, se exige a partir de que también existieron clínicas de “deshomosexualización”, donde se internaban a las personas solo con la voluntad de los padres. Situación similar se dio con los centros de tratamiento, sin embargo, en la práctica y con la existencia de centros clandestinos, estos requisitos son ignorados.

Cuando el tratamiento en un centro de salud es contra la voluntad de un adulto se exige, como requisito, que haya representado una amenaza para la vida del consumidor o terceros como producto del consumo problemático. No en cuanto a la salud u otros intereses, sino únicamente la vida. Esto lo hace claramente restrictivo en su uso, pues no define cual es el procedimiento específico a seguir (lo cual puede ser asumido como el procedimiento para las medidas de seguridad establecidas en el COIP). La Comisión Americana de Derechos Humanos realizó en el 2013 el “Informe sobre el uso de la prisión preventiva en las Américas” (OEA/Ser.L/V/II. Doc. 46/13 del 2013) donde señaló precisamente muchos de los criterios respecto a las políticas de detención por drogas en la región. Crítica dicho informe, por ejemplo, el uso legislativo que obliga a imponer la prisión preventiva en casos específicos,

según el tipo de delito, violentando la presunción de inocencia, pues en esos casos donde la prisión preventiva:

Se hace obligatoria por imperio de la ley, la situación es aún más grave, porque se está “codificando” por vía legislativa el debate judicial; y por tanto, limitándose la posibilidad de los jueces de valorar su necesidad y procedencia de acuerdo con las características del caso específico.

También se recordó, con respecto a dichos parámetros, tanto los casos Suarez Rosero V. Ecuador, así como el caso Acosta Calderón V. Ecuador, donde se incumplían estándares internacionales de Derechos Humanos con respecto a las detenciones en asuntos vinculados al tráfico de drogas.

Resulta menester conocer que el sistema actual de control de drogas es bastante paupérrimo en cuanto a la **protección de niños y niñas**. En la mayoría de casos de niños que consumen drogas, se los criminaliza y estigmatiza por esto. Es así que, el Comité de la ONU sobre los Derechos del Niño ha señalado que no se los criminalice, sino que se les ofrezca un debido tratamiento adaptado a sus necesidades. Cuando los menores de edad se ven envueltos en asuntos penales donde se involucra el consumo de drogas, la Convención sobre los Derechos del Niño, ha establecido que el encarcelamiento debe ser tomado como la última medida. La ONU procura que prevalezca el bienestar del niño, pudiendo ser utilizados varios tratados que buscan garantizar que se cumplan, por parte de los Estados, todos los derechos fundamentales de los niños. Sin embargo, en cuanto a la relación existente entre drogas y niños, es difícil comprobar el estado de las cosas en América Latina. Los países que mayor información ofrecen acerca de la niñez relacionada con la droga son los localizados en Europa, América del Norte, sumándose Australia y Oceanía (CELS, 2015). Pero es justamente en el continente donde viven la mayoría de niños y jóvenes pertenecientes a una clase media y baja donde los registros son muy escasos.

La Constitución de la Organización Mundial de la Salud estipula que “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano”. Ahora bien, pese a que existen pocos informes especiales respecto al cumplimiento por parte de los Estados en

la implicación de esta norma, la ONU ha incrementado su atención en este tema. Tomemos como ejemplo el informe anual del Relator Especial de la Comisión de DDHH sobre el derecho de toda persona a disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental de 2009. Dicho esto, el informe dedicó un subcapítulo llamado “los grupos vulnerables y el consentimiento informado a las personas que consuman drogas”, teniendo como base el derecho a la salud.

Es así que, se determinó que los usuarios deben tener máxima protección contra la estigmatización o discriminación que pueden sufrir a causa de su condición. En conformidad, el Informe Grover determinó que los derechos de las personas que consumen drogas están siendo violentados. Ante ello, el derecho al consentimiento informado resulta bastante importante porque los usuarios suelen ser opacados por los diversos estigmas y perjuicios en esta materia. Ciertos grupos sociales, como las mujeres, jóvenes y niños son especialmente vulnerables al consumo de drogas y sus efectos perniciosos.

Es necesaria la creación de programas de reducción de daños orientados a estos grupos, especialmente hacia los menores, teniendo en consideración sus necesidades particulares. La mayoría de los servicios de reducción de daños por las drogas se encuentran diseñados para únicamente con adultos que consumen, por lo cual, es necesario que las políticas incluyan intervenciones para jóvenes y niños. Así, se puede garantizar el respeto de sus Derechos Humanos, según lo señalado por la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño. La Convención estipula los siguientes derechos como la **no discriminación**, que esto incluye eliminar obstáculos relacionados con la edad, como los que requieren el consentimiento de los padres o aquellos que niegan la confidencialidad a menores de edad; la eliminación de restricciones de edad para acceder a servicios de reducción de daños; y la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva para estos (IDPC, 2016).

Del mismo modo el **interés superior del niño**: juega un papel importante en las intervenciones para reducción de daños deben apoyar especialmente a aquellos que se encuentran en una situación de mayor vulnerabilidad y necesidad de ayuda, como los jóvenes dependientes de drogas y los niños de

la calle (IDPC, 2016). Los niños están a la vanguardia de las justificaciones políticas para el control de drogas. Hay pocas justificaciones políticamente más fuertes para cualquier política que la protección infantil. Sin embargo, la realidad es que los derechos de los niños se han violado cada vez más a mediante las diversas medidas de control de drogas, y el uso de drogas y los daños relacionados con las drogas entre los niños han seguido incrementando. Dicho esto, la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño establece un conjunto integral de protecciones de derechos para los niños. Así, todos menos dos Estados han acordado estar sujetos a sus términos (Somalia y los Estados Unidos). Incluye protección contra las drogas en su artículo 33, y se exige a los Estados que:

(...) tomen todas las medidas apropiadas incluidas medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas, para proteger a los niños del uso ilícito de estupefacientes y sustancias psicotrópicas como se define en los tratados internacionales pertinentes y para evitar el uso de niños en la producción y el tráfico ilícitos de tales sustancias.

Los niños han sido una víctima frecuente dentro de estas guerras contra las drogas, y esto desde distintos puntos de vista: por ejemplo, de acuerdo a información de la BBC:

(...) los asesinatos de niños aumentaron de manera exponencial con la guerra contra el narco que comenzó en diciembre de 2006. Desde entonces se han registrado unas 16.759 muertes por homicidio de menores de edad, de acuerdo a un estudio de REDIM hecho con varias fuentes oficiales. (Rojas, 2019)

Además, hasta 50,000 han perdido al menos un padre (Barra y Joloy, 2011). Además, Los niños son utilizados para luchar contra los carteles en México, donde no solo son sometidos a búsquedas invasivas de drogas, sino que a su vez “habrían participado en la lucha contra el narcotráfico, especialmente en la búsqueda y destrucción de drogas ilegales”, según el informe CRC/C/OPAC/MEX/CO/1 del Comité de los Derechos del Niño en el 2011. Otra de las medidas son las pruebas aleatorias de drogas en las escuelas, que no solo son una violación del derecho del niño a la privacidad, sino que además, se han mostrado como inefectivas (Sloboda & Ringwalt, 2019). A los niños

consumidores se le niega el acceso a la reducción de daños, según su edad; siendo además golpeados y abusados sexualmente en centros de detención de drogas. Mayor vulnerabilidad presentan los niños de la calle, quienes son víctimas de violencia policial a causa de la presunta participación en el tráfico de drogas (Werb, 2008).

Nuevamente, las medidas tomadas por ciertos Estados en materia de drogas no han sido apropiadas ni efectivas, pues han tenido malos resultados, especialmente en lo que refiere a los derechos de los niños. Es una tragedia que las buenas intenciones de muchos de los que pretenden defender el *statu quo*, con el objetivo de proteger los derechos de los jóvenes y niños, en la práctica los han expuesto a niveles alarmantes de riesgo y daño real (Rolles et al., 2016). Es importante resaltar que los niños y los jóvenes llevan una carga desproporcionada de los costos de la guerra en contra las drogas, tanto como consumidores de estas, como a través de su participación o contacto con los mercados criminales que los abastecen. De hecho, en los países en vías de desarrollo, la pobreza y la desesperación llevan a los niños a convertirse en productores de drogas o soldados de los carteles. Esta participación temprana en el tráfico de drogas ha sido documentada en Brasil, donde los narcotraficantes cultivan lazos con niños y jóvenes, ganando así su confianza, pagándoles primero para que realicen tareas simples, no relacionadas con las drogas, y luego reclutándolos con poder, drogas y sexo. A medida que el tráfico ilícito de drogas en Brasil ha seguido creciendo, esta explotación de niños ha tenido consecuencias cada vez más devastadoras.

En 1979, Río de Janeiro tuvo 92 homicidios de jóvenes menores de 18 años. En 2000, este número fue de hasta 35244 jóvenes. Ahora bien, como usuarios de drogas, los niños pueden enfrentar discriminación cuando intentan minimizar los posibles daños de su uso. Por ejemplo, en Europa Central y Oriental existen restricciones arbitrarias de edad para el acceso a equipos de inyección estériles y terapia de sustitución de opioides. Por otro lado, las pruebas de drogas en las escuelas son una violación del derecho a la privacidad de los alumnos y pueden etiquetar públicamente a las personas como “usuarios de drogas” que necesitan ayuda, a pesar de que tales pruebas no pueden distinguir entre el uso ocasional y recreativo y el uso problemático.



El estigma de esta etiqueta puede afectar la autoestima y las aspiraciones de cada uno, atrayendo a las personas a la red de servicios de asesoramiento, programas de tratamiento y el sistema de justicia penal, del cual es difícil escapar. Además, la suspensión o expulsión del centro educativo después de una prueba con resultado positivo de drogas o un delito de drogas puede poner en peligro el futuro de un niño, puesto que la menor participación en educación y el abandono escolar a una edad tan temprana se asocian a un consumo de drogas más caótico y problemático, tanto a corto como a largo plazo (Rolles et al., 2016). De igual manera, los niños también se ven fuertemente afectados y estigmatizados cuando uno de sus padres recibe una condena por drogas, es encarcelado o es asesinado por violencia relacionada con estas y los carteles.

La violencia de la guerra contra las drogas en los países productores también ha hecho huérfanos a una innumerable cantidad de niños. Muchas veces, los menores se ven obligados a crecer en prisión cuando su madre o su padre son condenados por delitos menores relacionados con las drogas, o cuando son llevados a rehabilitación. Desde esta perspectiva, nuevamente, se ve que la guerra contra las drogas tiene un enfoque equívoco, que se pretende eliminar el tráfico de drogas y el poder de los carteles, las medidas represivas de diversos Estados terminan afectando a jóvenes y niños, ergo, no son efectivas. Así, es imperativo que los Estados primeramente busquen alternativas para evitar que niños y jóvenes se sientan atraídos a formar parte de los carteles y luego enfocarse en no dejarlos desamparados, en caso de que sus padres consuman o cometan delitos menores en relación a las drogas.

La prevalencia del interés superior del niño debe ser uno de los principios rectores de toda política de drogas. Así, el Comité de Derechos del Niño en su Observación general No 15 sobre el artículo 24, pide a los Estados a considerar las medidas más favorables y beneficiosas para el niño antes de tomar decisiones que puedan afectarlo. Este principio plantea que el ejercicio de las instituciones públicas y privadas de disposición social debe apuntar, en materia de salud, no solo a recibir tratamientos y procedimientos que aseguren su salud tanto física como mental, sino a acceder a toda información adecuada en materia de salud. Es decir, el hecho de evitar la criminalización de niños consumidores, no se basa en la mera disposición de métodos que se adecúen

a cada caso, sino que se respete el derecho que tiene el niño a estar informado de todos los procedimientos existentes para ser tratado. Los Estados se ven en la necesidad de promover las medidas y políticas necesarios para evitar la criminalización de niños dependientes de sustancias psicoactivas. Más allá de lo concerniente al interés superior del niño y el acceso al grado más alto de salud posible, es menester que se procure la supervivencia y desarrollo del niño. Al momento en el que Estado llega a tratarlos como criminales o permite que se usen estigmas para referirse a ellos, está fallando con uno de sus deberes fundamentales. Dentro de las regulaciones que giran en torno a los derechos de los niños, se incluyen también a los adolescentes de hasta 18 años, debiendo procurarse los medios suficientemente satisfactorios para el correcto desarrollo en cada una de estas diferentes etapas.

Los estudios epidemiológicos demuestran que es en la adolescencia donde se tiene una mayor vulnerabilidad desarrollar adicciones a las drogas, incluyendo sustancias ilícitas. Durante esta etapa es donde se presenta un mayor grado de desarrollo físico, emocional, social y académico, presentándose un sentimiento por buscar una identidad y autonomía propias (Becoña, 2010). Por estas razones, los adolescentes se encuentran en un estado de fragilidad que los hace más vulnerables al consumo de sustancias adictivas, viéndose en una situación de reproche por parte de la sociedad.

La existencia de normativas que criminalicen sustancias psicoactivas, hace que el rol del Estado cambie de protector a perseguidor de adolescentes, caso muy común en las Américas. Los adolescentes, dentro de los centros de detención de menores no son rehabilitados en ningún sentido, pues se ven expuestos a situaciones que atentan contra su salud, convirtiéndose en víctimas de violencia y volviéndose más reacios al uso de sustancias ilícitas (Chaparro, Pérez, Youngers, 2017). Es decir, el Estado se estaría yendo en contra de todos los deberes que tiene la obligación de garantizar a los menores, violentando una serie de derechos, en lugar de otorgarles la debida protección que necesitan.

Además, los centros de detención de menores suponen un gran impedimento para el desarrollo académico de los mismos. No puede pasarse

por alto que, dentro de estos reformatorios no solo se ofrece la oportunidad de continuar con los estudios, sino que existen regulaciones destinadas a la existencia de programas educativos. Una de las reglas establecidas por la ONU para la protección de menores que se encuentran privados de libertad se denomina “*Educación, formación, profesional y trabajo*”. La misma determina que todo menor de edad de escolaridad obligatoria tiene derecho a recibir una educación adaptada a sus necesidades y capacidades, de preferencia en las escuelas de la comunidad. Pero, la realidad, los hechos, se alejan de lo que se pretende lograr a través de distintas disposiciones.

Si situaciones de violencia y uso de drogas se encuentran presentes en estos centros de detención, no se estaría procurando un ambiente adecuado para que los menores puedan desarrollar su personalidad, aptitudes y capacidad mental y física, que es a lo que se comprometen a garantizar los Estados en conformidad con la Convención sobre los Derechos del Niño. Entre estos derechos se encuentra el acceso a la educación, incluyendo en aquellos menores que se encuentren privados de libertad (sea por tratamiento o por conflicto con la ley), pues lo contrario, sería la violación del principio a la no discriminación. De acuerdo a un estudio realizado por la UNICEF en América Latina y el Caribe, los datos concernientes a la situación educacional de los APL, es sumamente inconsistente. A pesar de que la mayoría de centros asegura llevar un registro, la información es escasa, habiendo una ausencia de datos que no permiten llevar un adecuado seguimiento al tema. Los resultados del estudio determinan que al menos un 70,2% de los menores reporta su asistencia a algún programa de educación, pero no se tienen registros algunos de la situación del porcentaje restante. Además, las experiencias de aprendizaje observadas se dan en centros de tipo cerrado, alejándose del propósito de integrarse a escuelas de la comunidad (UNICEF, 2017).

Ecuador, en la actualidad, cuenta con 11 centros de detención para menores, llamados “Centro de Adolescentes Infractores” (CAI). Uno de los objetivos que plantea el Ministerio de Educación consiste en asegurarse que cada CAI constituya una comunidad donde los adolescentes y jóvenes puedan recuperar su autoestima y fortalecer la confianza en sí mismos. Es muy poca

la información que tiene acerca del funcionamiento de los CAI, pues el mismo gobierno brinda pocos datos al respecto, pero sí se conoce que el tráfico de sustancias ilícitas es una de las principales razones de detención. Sin embargo, los hechos cuestionan que este objetivo pueda llegar a cumplirse, puesto que, la situación que viven los menores dentro de los centros no resulta nada favorable. En lo que respecta a cifras, según el Observatorio Social del Ecuador (2019), en cuanto al consumo se “alerta que casi la cuarta parte se ha embriagado por lo menos una vez, el 21% ha fumado y casi tres de cada diez ha visto en su colegio a algún estudiante consumiendo drogas” (p.87).

La mayor cantidad de información acerca de la situación de los CAI, proviene de los medios de comunicación; el gobierno mantiene todos los detalles al respecto bajo llave. Tampoco existen estudios suficientes por parte de centros de investigación acerca de las condiciones en las que se encuentran los CAI, realmente. No obstante, la recolección de testimonios y entrevistas otorgados a importantes diarios del país, permite tener una idea sobre la realidad. Aparentemente, los objetivos planteados por el Ministerio de Educación están muy lejos de ser cumplidos. En primer lugar, el 40% de las personas recluidas son adultos de hasta 25 años de edad. Esto se debe a la disposición del COIP, donde se aumenta que la pena máxima para menores infractores pasaría de cuatro a ocho años. El Código de la Niñez y Adolescencia, establece que el menor infractor debe trasladarse a un centro donde se encuentre separado de adultos. Otros de los problemas que se presentan en los centros son la falta de instalaciones adecuadas, pues se encuentran deterioradas; la escasez de actividades recreativas; la ambigüedad en cuanto las reglas sobre las visitas familiares. En cuanto a los sistemas de rehabilitación de drogas, estos centros no cuentan con las herramientas necesarias para brindar un servicio integral de calidad (El Comercio, 2019).

Uno de los elementos esenciales para combatir el problema de las drogas en la juventud, es contar con la participación de los niños y adolescentes en las reformas y programas que se destinen a la prevención y la rehabilitación, lo cual es una de las metas impuestas por el Estado en cuanto a las políticas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Como ya se mencionó anteriormente, tener acceso a la información en materia de salud, es un derecho reconocido

de los niños, pero, el objetivo no es solo el hecho de tener conocimientos acerca de todo lo relacionado a drogas lícitas e ilícitas, sino brindar un espacio para que puedan ser puestos en prácticas. La participación de menores dentro de este asunto, no se trata de una nueva política pública a ser implementada, sino que es un derecho reconocido por distintos organismos internacionales y la Constitución de la República del Ecuador. El derecho a la participación de niños, niñas y adolescentes se encuentra reconocido en el artículo 12 de la Convención de Derechos del Niño. En este se establece que le garantizará a “todo niño que esté en condiciones de formarse un juicio propio el derecho de expresar su opinión libremente en todos los asuntos que afecten al niño”. Es decir, el Estado debe procurar que la participación de los adolescentes en un tema tan controversial como lo es el referente a las drogas. Generar un espacio abierto a discusión, donde sea tomada en cuenta la opinión de los menores, puede ser una vía favorable a hacia lo correcto. Pero, uno de los obstáculos al respecto, son los estigmas existentes en la sociedad acerca de todo lo relacionado a las drogas.

El estigma social que se genera gracias al discurso compartido, dentro la guerra contra las drogas, es también una de las grandes consecuencias que afectan negativamente a los adolescentes. Dicha estigmatización se encuentra presente tanto en los consumidores de drogas como en el resto de personas. Los primeros, debido al miedo derivado de la criminalización, prefieren no admitir su problema o rehusarse a buscar ayuda, pensando que llegarán a tener graves problemas con las autoridades. En el caso del resto de la sociedad, la influencia del estigma les crea cierto rechazo hacia los drogodependientes, pues, generalmente, se los asocia a problemas de violencia, narcotráfico y prostitución, en caso de mujeres (RIOD, 2019). Siendo la criminalización de la tenencia de drogas una de las razones que lleva a la sociedad a desarrollar estos estigmas, el Estado se ve ante una comprometedor posición. Por un lado, se encuentra su papel de protector de los derechos de los menores, por otro, su posición como gestor de las leyes que los criminalizan. Es decir, tiene la obligación de proteger a todos los niños de la discriminación, incluyendo a los usuarios de sustancias psicoactivas; no obstante, el momento en el que rigen estas normas, se crea una barrera entre el trato de los niños sanos y los consumidores. Estos últimos, al ser etiquetados, difícilmente volverán a recibir el mismo trato que el primer grupo.

La guerra contra las drogas surgió con la iniciativa de afrontar uno de los problemas más grandes que afectan a la sociedad moderna. A través de ella, se ha manifestado como una de las preocupaciones primordiales el bienestar de los niños y jóvenes, procurando crear un ambiente más adecuado para su desarrollo. No obstante, su lucha se encuentra basada en la criminalización, y, en más de cincuenta años, se ha demostrado que sus medidas solo llevan al peligro de los niños y adolescentes, no a su protección (Transform Drug Policy Foundation, 2015). Es así como los efectos de esta lucha contra las drogas terminan siendo perjudicial para quienes dicen proteger. La prohibición de ciertas sustancias que generan adicción no solo perjudica a los menores de edad, consumidores de drogas, por las razones ya mencionadas anteriormente. Cuando los niños y jóvenes entran en contacto con el mercado criminal del narcotráfico, sea cual sea su participación en él, son más propensos a ser víctimas de violencia y abusos (Transform Drug Policy Foundation, 2015). Los efectos de la criminalización no vulneran solo los derechos de los drogodependientes, sino de aquellas que se han visto envueltos en el negocio del narcotráfico contra su voluntad debido a su condición social, situación económica, raza, entre otros.

Si el narcotráfico es uno de los negocios más rentables del mundo, generando millones de dólares anuales, pero, su característica principal se basa en la ilegalidad del producto que se ofrece en el mercado. La prohibición de venta de un Estado, no necesariamente va a derivar en el cumplimiento de la norma, siendo la consecuencia el mercado negro. Una de las soluciones sumamente discutidas en la actualidad gira en torno a la legalización de las drogas, pero, la utilidad de esta medida daría más resultados, siendo aplicada a nivel internacional. De esta manera, la producción, comercialización y consumo quedarían permitidos, siendo regulados por la ley, trayendo como consecuencia la caída del mercado negro, por tanto, del narcotráfico (Matthew, 2011). Una de las principales razones por las cuales es importante considerar esta posibilidad se debe a las víctimas del mercado, quienes generalmente, por tratarse de un grupo vulnerable, son los niños.

El reporte de la oficina de Drogas y Crimen de la ONU, sobre las Conclusiones e implicaciones de políticas, menciona que una de las razones por las cuales la juventud se ve envuelta en el tráfico de sustancias ilícitas, se debe a su situación de pobreza y las pocas oportunidades a las que pueden

acceder. Los grupos criminales tienen cierta preferencia en reclutar niños y adolescentes para que se conviertan en parte de su negocio, ya sea como productores (trabajos en los campos de cultivo de drogas) o traficantes. Para el tráfico de drogas, los prefieren debido a su falta de temeridad frente a situaciones peligrosas (inclusive frente a enfrentamientos con policías) además, de su obediencia. Otro de los usos que se les da a los niños y jóvenes consiste en usarlos de mulas para traspasar drogas en las fronteras o para recoger la coca; así, por ejemplo, algunos jóvenes en la frontera de Mataje (Provincia de Esmeraldas) son utilizados para raspar la coca, y en San Lorenzo “los jóvenes y los niños sin distinción se unen al sicariato o a los grupos irregulares por problemas económicos. Sus padres, en algunos casos, desconocen que están en estos problemas” (OSE, 2019).

No existe información suficiente que brinde un soporte acerca del mercado laboral ilícito de las drogas y la implicación de los niños en él; sin embargo, puede asumirse que las condiciones violentan los derechos de los niños, poniendo en peligro su salud y vida. Además, sin importar con exactitud las labores a los que son sometidos, serán siempre contrarias a los derechos de los niños. El comité de Derechos de los Niños de la ONU reconoce que el trabajo infantil priva a los niños de su infancia, afectando directamente su desarrollo físico y mental. Los riesgos a los que se exponen a los niños dentro del narcotráfico, deben ser sumamente peligrosos, debido a la misma naturaleza del negocio. Los niños y adolescentes se encuentran victimizados por la criminalización de las drogas.

Algunos sufren las consecuencias del efecto como consumidores, viéndose en una posición en la cual llegan a ser etiquetados, estigmatizados y discriminados; más allá de si son detenidos o no, la marca negativa en una sociedad acostumbrada a asociar las drogas al crimen, ya fue dejada. La otra parte, sin necesidad de ser usuarios, se ven inmersos en el problema debido a su situación de pobreza, no teniendo otra salida que ser parte de las bandas criminales que se encargan de explotarlos para la producción o tráfico de las sustancias ilícitas. Como ya ha sido mencionado anteriormente, es de la prohibición de donde nace el mercado negro del narcotráfico. Un estudio realizado en Colorado muestra como el consumo de marihuana en jóvenes

se redujo considerablemente luego de que esta fuese regulada (Ingraham, 2015).

Uno de los países latinoamericanos que muestra más cifras respecto de la situación de la juventud y las drogas en su territorio es México. Los datos de la Red por los Derechos de la Infancia en México, estiman que un aproximado de 30 mil menores han sido reclutados para el crimen organizado, entre los que se encuentra el tráfico de drogas. La situación es tan crucial que, el promedio de vida de estos menores rodea los diez años de edad. Según Encinas, las opciones que tienen estos niños son: la muerte o la cárcel (Cisneros, 2014). Mientras se siguen estableciendo medidas que pretenden ser “cautelosas” condenando la tenencia y venta de sustancias psicoactivas, existen grupos vulnerables expuestos a los peligros que se generan por quien se supone, debe protegerlos. El Estado se encuentra forzado a actuar en favor de los niños, protegiendo sus derechos y ofreciendo el espacio suficiente para que estos sean puestos en práctica. Se encuentra entre sus obligaciones aplicar el interés superior del niño en cada decisión que pueda afectar a esta parte de la ciudadanía (Griesbach, 2013).

La Convención de los Derechos del Niño establece la responsabilidad que tienen los gobiernos de tomar todas las medidas necesarias para que los derechos de los niños sean respetados y protegidos. Esta obligación que determina la revisión de leyes que contemplen a los niños, debe ser analizada en forma más profunda. No se pretende simplemente tener todo un cuerpo normativo dirigido a garantizar los derechos del niño, o agravantes penales cuando se cometa un delito contra un menor. El artículo menciona la necesidad de crear un ambiente donde el niño pueda desarrollar su máximo potencial. Dentro de una sociedad en la cual es condenado, explotado y victimizado, este propósito no podrá ser cumplido.

La falta de acción de la mayoría de los Estados frente al problema de las drogas relacionadas a la niñez, muestra cierta negligencia respecto de este tema. La falta de información y datos sobre la situación en la que se encuentran los niños víctimas del narcotráfico es realmente preocupante. De los varios estudios donde se ha visto la cooperación de países latinoamericanos,



siempre se termina manifestando la ausencia de registros o, en su defecto, la no concordancia de los mismos. En el caso de Ecuador, la situación es de gravedad, pues incluso en los estudios en los cuales ha participado, no existen aportaciones de datos internos para determinar cuál es su situación real. Pero, el problema no es solo interno, los organismos internacionales tampoco se pronuncian lo suficiente al respecto. Más allá de expedir normativas que rechazan la criminalización, dejándola como última opción, no han sido tratados a fondo, en ninguna normativa los casos en los que se involucran la niñez y las drogas. No existen suficientes parámetros acerca de los niños y adolescentes que se han visto envueltos en problemas penales debido a las drogas; tampoco son mencionadas las necesidades de niños que han tenido contacto con el sistema penal, pero a la vez tienen problemas de abuso de sustancias (UNDOC, 2018). Aún es mucho lo que debe abordarse respecto de este tema, siendo fundamental la cooperación de los Estados y los organismos internacionales para recaudar los datos necesarios para abordar este tema.

Con ello, una de las primeras cuestiones que debe hacer el estado ecuatoriano es empezar a realizar un levantamiento de información de todas las instituciones que están bajo su control y regulación: ¿cuántos menores presentan problemas de alcohol o drogas en los colegios?, ¿cuántos menores infractores están detenidos por infracciones relativas a las drogas?, ¿cuánto está invirtiendo el Estado en ayudar a este grupo vulnerable? A veces esta dura problemática intenta ser escondida bajo los tapetes, pero esa situación es actualmente insostenible. La sociedad no quiere a sus hijos detenidos o presos, los quiere recuperados, desintoxicados. La política debería estar dirigida no a la punición, sino al tratamiento y la prevención.

## **CAPÍTULO III**

---

### ***EDUCACIÓN***

---



**Dr. Patricio Zapata**

## **CAPÍTULO III EDUCACIÓN**

### **Prevención de Drogas en el Ámbito Educativo**

Durante varios años los estudiantes han recibido información referente al fenómeno socio económico de las drogas en las instituciones educativas, con la creencia de que, “la simple información sobre la temática”, podría modificar un comportamiento, para ello se han utilizado diversas estrategias desde la información alarmista, el temor, hasta relatos vivenciales de personas que pasaron por programas terapéuticos y superaron una adicción, sin contar con una evidencia científica. Las evaluaciones que se han realizado tanto con estudiantes como con docentes determinan que estas acciones encaminadas a conseguir un cambio de actitud frente al uso y consumo de drogas, no han tenido ningún impacto ni han generado los resultados esperados.

Uno de los grandes errores que se presentan en la implementación de acciones referentes a la prevención del uso y consumo de drogas en el ámbito educativo, es partir del simple concepto de que: “la buena voluntad es suficiente”, concepto que permitió que cualquier persona sin ningún tipo de preparación o capacitación referente al tema pueda desarrollar acciones de prevención, lo cual represento efectos contraproducentes en los estudiantes.

Cuando se piensa en una política pública de drogas a implementarse en un Estado, el ámbito educativo es uno de los espacios primordiales que permiten llegar a una población que se encuentra cautiva, y el alcance en relación a la cobertura es muy amplio, sin embargo, es muy importante que estas acciones preventivas den respuesta a las necesidades sentidas de esta población, y que la construcción de los diferentes planes, programas y proyectos tomen en cuenta las realidades donde se los implementará

La prevención de drogas en el ámbito educativo, debe concebirse como una acción de mediano y largo plazo, en el que se integre a los diferentes actores, estudiantes, docentes, padres de familia y autoridades, en una

construcción conjunta, integradora, participativa, con pleno respeto a los derechos humanos, centrada en potencializar las habilidades y destrezas de los beneficiarios.

Cuando hablamos de una participación activa de los diferentes actores, reconocemos que, las unidades educativas son espacios de interacción y aprendizaje y que, pueden influir en los comportamientos, en el desarrollo de aptitudes y en cultivar los valores de los estudiantes, sin embargo el rol de la familia es fundamental, porque se considera que, es allí, donde se inicia y se consolidan las conductas de los niños y adolescentes.

Dada esta realidad, se presenta un breve análisis de la política pública y la importancia del trabajo de la prevención en el campo educativo, la realidad mundial, regional y local en este campo, las buenas practicas respaldadas en evidencia científica, los estándares de calidad con los cuales deben implementarse las acciones de prevención al uso y consumo de drogas en este ámbito, y las diferentes estrategias que permitan implementarse a nivel territorial, tomando en cuenta que es muy importante la responsabilidad compartida de los diferentes actores, respetando sus roles en armonía de una política pública nacional.

### **Una mirada global**

En cuanto a políticas públicas relacionadas al fenómeno de las drogas se refiere, es importante comenzar señalando que, a partir del Periodo Extraordinario de Sesiones Sobre Drogas de la Asamblea General de las Naciones Unidas, en el año 1998, se ha reconocido la reducción de la demanda como un pilar fundamental en su abordaje, destacando también el respeto a los derechos humanos. (1)

En este contexto, durante los últimos años, se ha buscado prevenir y desalentar el consumo desde edades tempranas, principalmente en los sectores más vulnerables (2), para lo cual la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) recomienda, entre otras cosas, *“incorporar los contenidos de promoción de estilos de vida saludable, habilidades para la vida y prevención del uso indebido de drogas en los*

*objetivos y/o ejes transversales del currículo escolar”, así como la “formación continua del docente y los agentes preventores”. (3)*

### **Buenas prácticas a nivel mundial**

A nivel mundial, algunos países han implementado acciones o programas cuyos resultados los han posicionado como referentes en el abordaje del consumo de droga. Algunos ejemplos son:

#### *Islandia*

Islandia cuenta con el programa “Planet Youth”, mismo que basa su intervención en un enfoque ambiental, que aborda elementos como la supervisión de los padres, la crianza positiva, la organización de actividades para el aprovechamiento del tiempo libre, una mayor presión normativa (4) y un conocimiento adecuado de los factores de riesgo, a través del relevamiento de información en todas las escuelas del país, cada dos años. (5)

Una vez realizados los informes a partir de la información recogida, Planet Youth involucra a los diferentes actores, como instituciones educativas, municipios, representantes comunitarios y otros, en la definición de acciones que se llevarán a cabo en cada distrito e institución educativa; desarrolla cursos gratuitos en temas de prevención e invierte en actividades recreativas de acceso público. (5)

Además, incentiva la convivencia familiar imponiendo un toque de queda preventivo que prohíbe que los menores de 16 años transiten solos después de las 22h00, y se prohíbe la publicidad referente a drogas como el alcohol y el tabaco. (5)

#### *Portugal*

País en el que en los años noventa el consumo de drogas comenzó a verse como un tema de preocupación social, nombrándose un comité de especialistas en el que participaron médicos, sociólogos, psicólogos, abogados y activistas sociales, quienes recomendaron la descriminalización del consumo y posesión de drogas, con miras a limitar su consumo y el número de personas dependientes a las mismas. (6)

Así también, considerando que la descriminalización no era la solución, sino que constituía solamente el marco legal para disminuir los daños causados por el consumo de drogas, instaron a que el gobierno se concentrara en temas de prevención, reducción de daños, ampliación y mejora de programas de tratamiento y otras actividades orientadas hacia poblaciones de riesgo, cuyo objetivo sea el restablecimiento o mantenimiento de vínculos familiares, sociales y laborales. (6)

Bajo una nueva concepción de “*luchar contra la enfermedad, no contra los pacientes*” (6) se identificaron áreas y poblaciones de riesgo para difundir ampliamente los efectos negativos sobre el consumo de drogas en escuelas, eventos masivos, centros sanitarios, deportivos y recreativos; implementando acciones de prevención, reducción de daños, tratamiento y reinserción social. Esto a la vez que, mientras se deja de perseguir a los consumidores, la fuerza policial enfoca todos sus recursos en combatir el crimen organizado y el tráfico de drogas, logrando incautar mayores cantidades de drogas.

### **Buenas prácticas a nivel regional**

Asimismo, a nivel de la región, existen experiencias de diferentes países que han implementado programas de prevención en el ámbito educativo, con miras a disminuir el consumo de drogas y sus consecuencias. A continuación, se citan algunos ejemplos:

#### *Costa Rica*

En este país se ha implementado el programa “Trazando el Camino”, mediante el cual se pretende promocionar la salud, proporcionar habilidades para enfrentar situaciones de riesgo, incrementar actitudes de no consumo, fomentar la capacidad crítica y la correcta utilización del tiempo libre para retrasar la edad de inicio en el consumo. Para esto, se trabaja con niños/as de séptimo, octavo y noveno año de educación, en el desarrollo de habilidades para la vida, la desmitificación del consumo de drogas y la entrega de información sobre las mismas.(3)

#### *Honduras*

Este país lleva a cabo el proyecto “Juventud sin drogas”, mismo que cuenta

con la colaboración de instituciones educativas, patronatos, agrupaciones juveniles y juntas comunitarias, tomando como ejes elementales el correcto aprovechamiento del tiempo libre y el ocio, la integración social y cultural comunitaria, para compensar el estado físico y psicológico de los jóvenes, cuyo resultado se ve reflejado en el cambio de sus conductas y estilos de vida. (7)

Este programa interviene en jóvenes de 14 a 17 años, a través de campeonatos deportivos que propician espacios para fortalecer aspectos educativos en materia de prevención de drogas y violencia, y vincular a la comunidad con instituciones que cuentan con propuestas que les permitan generar recursos económicos para la comunidad. (7)

### *Chile*

País en el que el Ministerio de Educación posee un programa de prevención escolar que se implementa en educación parvularia y básica, dividida en dos grupos: niños/as de primer a cuarto grado y niños/as de quinto a octavo año de educación, bajo los nombres de: “En busca del tesoro”, “Marori y Tutibú” y “Quiero ser”, respectivamente. Este programa promueve el involucramiento de la familia en espacios de discusión sobre el consumo de drogas en el hogar y resalta su papel en el desarrollo de actitudes preventivas. (8)

En el primer nivel, se abordan elementos que les permita desarrollar un estilo de vida saludable; en la segunda etapa se trabaja en la adquisición de habilidades para “*enfrentar su vida de manera constructiva y autónoma*”, abordando la identidad, el autocuidado, la integralidad del ser, el sentido de sí mismo y la afectividad; y en la tercera fase se entrena a los alumnos para hacer frente a situaciones de conflicto propios de la edad, abordando la toma de decisiones con respecto al consumo de drogas, desarrollando habilidades protectoras y fortaleciendo vínculos comunitarios. (8)

### *Panamá*

El programa “Somos triunfadores” busca incluir en las mallas curriculares temas de prevención escolar de drogas, ya que apuesta a la adquisición de conocimientos como medio para llevar un estilo de vida saludable y desarrollar



habilidades sociales y personales positivas. Su implementación incluye talleres participativos semanales con los alumnos y la familia, en los que se aborda la presión de grupo, la toma de decisiones, la comunicación, la percepción de riesgo sobre el consumo de drogas, conductas sexuales de riesgo y otros temas adicionales como los valores, el manejo emocional y pensamiento crítico. (8)

### *Uruguay*

País en el que se desarrolla el programa “Dale Vos”, implementado por la Junta Nacional de Drogas en coordinación con la Administración Nacional de Educación Pública y el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud, con miras hacia el fortalecimiento de capacidades relacionadas a la prevención de drogas en las comunidades educativas. (9)

Este programa busca que los docentes cuenten con una experiencia vivencial que pueda ser transmitida a los estudiantes, por lo que incluye la promoción de habilidades socioemocionales a través de metodologías lúdicas que promueve la cercanía con los estudiantes, abordando elementos como: la empatía, el manejo de estrés y emociones, las relaciones interpersonales, la comunicación asertiva, el pensamiento crítico, la toma de decisiones, el autoconocimiento y la resolución de conflictos. (9)

### *Colombia*

Finalmente, conviene mencionar algunas iniciativas de países hermanos como Colombia, que cuenta con el proyecto “Échele cabeza cuando se dé en la cabeza”, que si bien se orienta principalmente a la difusión de información, a partir de acciones como el testeo de sustancias psicoactivas, con miras a la (a) reducción de riesgos y daños, (b) generación de prácticas de autocuidado y (c) el fortalecimiento de la capacidad de decisión en población joven, vulnerable y no vulnerable, es una iniciativa que se enmarca en el respeto a los derechos humanos. (10)

## **La Política de Drogas y el nuevo marco legal, su impacto en educación y salud**

Los avances en la política pública que ha logrado el Ecuador, se origina en

el año 2007 cuando la Constitución de la República incluye en su articulado al tema de drogas, y lo concibe como un problema de salud pública, con lo cual logra que el enfoque se redimensione, saliendo de una visión punitiva y orientándola hacia una visión de derechos humanos y de salud social, sin embargo de ello, la reforma legal se da en el año 2015, con la presentación y aprobación de la Ley Orgánica de Prevención Integral del Fenómeno Socio Económico de las Drogas y de Regulación y Control del uso de Sustancias Catalogadas Sujetas a Fiscalización, marco legal que concibe al tema de drogas como un fenómeno socio económico de manera integral.

Esta normativa establece como objetivo del Estado desarrollar una prevención integral del fenómeno socio económico de las drogas en el que se incluyan programas en los diferentes ámbitos de intervención, como son: salud, inclusión, deporte, cultura, trabajo, educación y seguridad, acciones que serán desarrolladas por los organismos competentes con un enfoque centrado en el ser humano y con pleno respeto a los Derechos Humanos.

Uno de los ejes principales de la política pública de drogas es impulsar la prevención integral del uso y consumo de drogas, entendida como el conjunto de acciones que permiten fortalecer las capacidades de los individuos, propuesta basada en un trabajo intersectorial y multidisciplinario en donde se generan espacios de participación activa de las personas en un ambiente armonioso para el desarrollo del mismo.

La prevención se sustenta en tres elementos fundamentales: la información, como una acción a través de la cual se hace conocer la existencia de un problema social. La sensibilización, que se manifiesta como un propósito a través del cual se puede lograr que se despierten los sentimientos y factores asociados a la conducta de los individuos en relación con un tema específico. La concienciación, que es el objetivo final, para que la persona tome conciencia sobre las circunstancias que rodean al consumo de alcohol y otras drogas y los riesgos y daños asociados. Esta política además, contempla la atención integral de las personas que presentan consumos problemáticos, y procesos de integración social

La política pública contempla también a la seguridad integral, como una estrategia de intervención, que cuenta con la participación de los diferentes actores y que tiene como fin, garantizar a los ciudadanos a vivir en espacios de armonía y bienestar común puesto que el incremento de las prácticas relacionadas con el delito, determina el apareamiento de una serie de preocupaciones referentes al tráfico, micro-tráfico y la violencia.

La nueva institucionalidad que determina esta Ley, crea una Secretaría Técnica encargada de la asesoría, coordinación, gestión, seguimiento y evaluación respecto de la aplicación y ejecución de las políticas públicas en lo relacionado a la prevención integral del fenómeno socio económico de las drogas.

Una de las fortalezas de la nueva normativa fue la creación del Comité Interinstitucional de Prevención Integral del fenómeno socio económico de drogas, con competencia para la formulación, coordinación y articulación de las políticas públicas relacionadas con el fenómeno socio económico de las drogas; El Comité Interinstitucional será presidido por la o el Presidente de la República o su delegado. En dicho Comité estarán representadas las entidades del Estado en materias de salud, educación, inclusión social, seguridad interna, justicia, deporte y demás que determine la o el Presidente de la República.

A pesar del avance presentado en la política pública en el Ecuador, en los últimos años se ha visto debilitada con la eliminación de la Secretaría Técnica de Drogas, lo cual se dio mediante Decreto Ejecutivo Nro. 376 del 23 de abril de 2018, reformado mediante Decreto Ejecutivo Nro. 426 del 5 de junio de 2018, suscrito por el Licenciado Lenin Moreno Garcés, Presidente Constitucional de la República, se suprime la Secretaría Técnica de Prevención Integral de Drogas y se confiere sus atribuciones al Ministerio de Salud Pública y Ministerio del Interior. Esta decisión política tiene graves consecuencias en la planificación, implementación y desarrollo de las acciones de prevención integral del uso y consumo de drogas, en especial en los ámbitos educativo y de salud, ya que se debilita el liderazgo institucional y se pierde la capacidad técnica para su ejecución en los ámbitos antes señalados.

Estas decisiones políticas fueron determinantes en el contexto de salud y educación, puesto que en relación con la primera se presentaron incidentes en los “Centros de Tratamiento de Adicciones” privados, consecuencias que costaron vidas humanas, así como la falta de control por parte del organismo competente. Y en relación al ámbito educativo, la falta de coordinación con el organismo rector de drogas y el Ministerio de Educación, lo que dio como resultado el regreso de antiguas prácticas en especial por parte de la Policía Nacional del Ecuador, acciones de control punitivo que no tiene concordancia con lo que recomienda las Naciones Unidas referente al tema

Además del impacto político sobre el tema, la repercusión también se da en la asignación de recursos económicos para el desarrollo de acciones preventivas, en fiel cumplimiento de lo establecido en el marco legal vigente. Otra de las consecuencias se visibiliza en la falta de coordinación de los diferentes actores institucionales y actores locales, la ausencia de colaboración y coordinación intra e interinstitucional, falta de apoyo para la realización de investigaciones sobre la situación actual del fenómeno socio económico de las drogas, falta de experiencia en el desarrollo, seguimiento y evaluación de políticas, escasez de personal capacitado para trabajar en las áreas de reducción de la demanda y desvinculación del personal técnico en esta temática.

La construcción de la política pública debe cimentarse sobre la base de una sola Estrategia, en la que se incluya el proceso de formulación, ejecución, implementación, seguimiento y evaluación de tales políticas, con pleno liderazgo de una sola Institución rectora que cuente con el apoyo técnico, político y financiero.

La Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, de la Organización de Estados Americanos, CICAD-OEA (Como Desarrollar una Política Nacional sobre drogas, 2010), recomienda los desafíos con los cuales los países podrán construir una política nacional de drogas:

**Desafío No 1.**-Aspectos legales e institucionales. *“Es necesario el desarrollo de un marco jurídico, capaz de asignar las atribuciones correspondientes para*

*la gestión de los procesos. A los organismos nacionales encargados del control de drogas a requerir de otros organismos el cumplimiento de los compromisos adquiridos en la política nacional sobre drogas, tanto en el ámbito nacional, como a nivel estatal, municipal y local. Con respecto a los organismos nacionales sobre drogas, lo ideal sería que estas entidades estuvieran firmemente establecidas, como ha sido el caso de algunas Comisiones Nacionales sobre Drogas de la región. Tales organismos deben ser entidades fuertes, con una buena base legal, que cuenten con apoyo político y tengan relativo poder de decisión y acción. De la misma manera, deben contar con un presupuesto completo para funcionar adecuadamente, poder financiar los recursos humanos necesarios e implementar la política nacional”.*

**Desafío No 2.-** Planificación e implementación de la política. *“Los gobiernos deben tener la voluntad política de incluir el tema de las drogas en su Agenda Política. Debe establecerse una red de información permanente conformada por la totalidad de las áreas competentes en la formulación y la ejecución de la política nacional sobre drogas. La articulación en la implementación de las políticas y de las acciones previstas a través de la coordinación interinstitucional debe permitir la participación de los diferentes niveles de gobierno y los distintos organismos nacionales gubernamentales y no gubernamentales”.*

**Desafío No. 3.** Recursos humanos y financieros. *“Las Agencias Nacionales sobre Drogas deben contar con personal especializado que asegure la efectividad de la planificación y la continua coordinación, ejecución, seguimiento y evaluación de las políticas sobre drogas, y de las estrategias y planes nacionales, regionales y locales. A tales efectos debe fomentarse la capacitación continua de los recursos humanos que trabajan en el tema de las drogas tanto en el sector público como en el privado. Los presupuestos asignados deben ser suficientes tanto a nivel nacional como a nivel regional o municipal para permitir así la ejecución de los programas y proyectos contemplados por la política nacional sobre drogas”.*

**Desafío No. 4.-** Evaluación del impacto de la política. *“Se debe efectuar un diagnóstico de situación certero sobre el estado de la problemática*

*del consumo y el tráfico de drogas. Para ello es necesaria la adopción de indicadores y variables por área temática que sirvan como instrumentos de evaluación de políticas, ajustados a criterios técnicos de probada efectividad. Los resultados esperados en la aplicación de las acciones específicas. Deben ser cuantificables y medibles en el tiempo de manera que permitan realizar evaluaciones sobre el grado de alcance de los objetivos. El establecimiento de sistemas de seguimiento de procesos y evaluaciones de resultados o impacto a nivel nacional es imprescindible para la efectiva implementación de la política.*

### **Una mirada nacional**

**A nivel nacional**, desde el año 2015, el Ecuador cuenta con la Ley Orgánica de Prevención Integral del Fenómeno Socio Económico de las Drogas y de Regulación y Control del Sustancias Catalogadas Sujetas a Fiscalización (11) como marco jurídico en tema de drogas, cuyo artículo 7 hace referencia a la prevención integral como

*“el conjunto de políticas y acciones prioritarias a ser ejecutadas por el Estado, las instituciones y personas involucradas, encaminadas a intervenir con participación intersectorial sobre las diferentes manifestaciones del fenómeno socio económico de las drogas, bajo un enfoque de derechos humanos, priorizando el desarrollo de las capacidades y potencialidades del ser humano, su familia y su entorno, el mejoramiento de la calidad de vida, el tejido de lazos afectivos y soportes sociales, en el marco del buen vivir” (p.14).*

Contexto bajo el que se desglosan diferentes ámbitos de intervención encaminada a la prevención integral de drogas, entre los que se cita el ámbito educativo, contemplado en el artículo 9, dentro del que se determina que:

*Las autoridades del Sistema Nacional de Educación (...) desarrollarán políticas y ejecutarán programas, en todos sus niveles y modalidades, cuyos enfoques y metodologías pedagógicas participativas se encaminen a la formación de conciencia social y personalidad individual, para prevenir el uso y consumo de drogas (p.4).*

En este sentido, se menciona, además, que la autoridad educativa deberá incluir, de manera paulatina, contenidos de prevención integral de drogas en las mallas curriculares; propiciar el relacionamiento entre pares y la existencia de espacios que permitan el fortalecimiento tanto de vínculos familiares como de habilidades sociales para la vida; y priorizar procesos de formación docente en materia de prevención de drogas (11).

Bajo esta normativa jurídica, se encuentra el Plan Nacional de Prevención Integral y Control del Fenómeno Socio Económico de las Drogas 2017-2021 (12), en cuyo eje concerniente a la reducción de la demanda, se contempla el objetivo 1 relativo a la prevención del uso o consumo de drogas, que incluye la estrategia sobre fortalecimiento de factores protectores en el ámbito educativo.

De esta última, se desprenden líneas de acción como (a) la generación de espacios de comunicación asertiva con grupos sociales específicos que fomenten la integración social, y (b) la implementación y el fortalecimiento de servicios extramurales de atención integral para personas con consumo problemático de drogas (12).

### **La Prevención integral de drogas**

Si bien no puede negarse el importante rol de la familia como agente de prevención, es indiscutible el papel que las instituciones educativas juegan en el desarrollo emocional, cognitivo y social de los niños/as y jóvenes, así como la influencia que ejercen en la manera en que manejan sus vínculos. (13)

En este sentido, las instituciones de educación constituyen un espacio importante para el abordaje de niños/as, adolescentes y sus progenitores (14), ya que en ellos coexisten personas que presentan factores de riesgo como, por ejemplo: escaso control de impulsos, ausentismo escolar, ser víctimas de violencia, etc. (15), lo que facilita la implementación de intervenciones preventivas generales y dirigidas. (14)

Así, las autoridades nacionales en materia de educación deben velar por que las escuelas implementen programas de prevención basados en evidencia científica, apliquen políticas adecuadas y no se enfoquen solamente en la

reducción del consumo, (14) ya que este suele relacionarse con patrones más amplios de comportamiento. (15)

En este contexto, las intervenciones orientadas a la prevención del consumo de drogas no deben enfocarse solamente en la temática, sino que deberán abordar determinantes más amplios como el desarrollo de competencias sociales, habilidades de rechazo y toma de decisiones saludables, la corrección de percepciones sobre el uso de drogas, la implementación de políticas escolares de prevención, y el desarrollo de un ambiente escolar propicio para el aprendizaje y que constituya, además, un ambiente protector. (15)

Cabe mencionar que la principal función de la escuela en materia de prevención es propiciar espacios en los que se enseñen distintas aptitudes, se imparta conocimientos y valores sólidos respecto a la salud y prevención de drogas; no obstante, también deben incluirse la realización de estudios, la creación de un entorno escolar seguro, la vinculación con servicios de salud, una intervención familiar y comunitaria, y la ejecución de programas preventivos. (16)

### **Continuo de prevención integral**

Hablar de prevención integral contempla acciones que se implementan desde antes de que la problemática aparezca, como aquellas encaminadas a la promover de la salud, evitar o retrasar el inicio de consumo, disminuir los factores de riesgo o potenciar los factores protectores, en las que se enfatiza; pero también se incluyen aquellas que se implementan con miras a subsanar las consecuencias vinculadas al consumo, el tratamiento en casos de dependencia y la reducción de daños. (17)

En este sentido, el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, contempla que las respuestas sanitarias y sociales que se emprendan frente al fenómeno de las drogas deben incluir los siguientes principios (14):

- Respeto a los derechos humanos, incluido el derecho al más alto nivel posible de salud y la existencia de un consentimiento informado.
- Respeto a los principios éticos como el consentimiento informado, la



- confidencialidad y el acceso equitativo a los servicios
- Fomento de la participación de usuarios/as en el diseño e implementación de servicios
- Enfoque de salud pública
- En respuesta a las necesidades específicas de la población objetivo, por lo que deben partir de un diagnóstico
- En coherencia con las características (sociales, culturales, de género) de la población objetivo
- Con base en la evidencia científicas y susceptibles de evaluación

### **Prevención**

La prevención hace referencia a *“un proceso activo de implementación de iniciativas tendientes a modificar y mejorar la formación integral y la calidad de vida de los individuos, fomentando el auto control individual y la resistencia colectiva ante la oferta de drogas”* (18), por lo que es considerada la opción más eficaz, prometedora y menos costosa para evitar el consumo de drogas (19).

Esto, toda vez que puede dirigirse tanto a la población general como a población en riesgo, a través de diversas acciones, cuyo costo resulta relativamente bajo en comparación con los tratamientos especializados, y cuyos resultados pueden sostenerse a largo plazo. (18) No obstante, es indispensable recordar que *“las medidas de prevención solo son efectivas cuando son sistemáticas y no acciones que ocurren una única vez”* (6)

### **Principios rectores para un programa escolar de prevención**

Según la Oficina de las Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito (ONUDC) (16), la implementación de los siguientes principios rectores facilitarán que los escasos recursos que se destinan para prevención se desvíen en programas que generen interés inmediato pero no alcancen resultados a largo plazo:

- Los programas de prevención deben enfatizar en la enseñanza, los factores ambientales y la generación de redes de colaboración
- Las capacitaciones docentes en materia de prevención deben enmarcarse en programas más amplios a fin de dares continuidad

- El entorno escolar debe propiciar la consecución de resultados
- Inclusión de los diferentes actores en la adopción de decisiones
- La enseñanza y el aprendizaje debe basarse en metodologías interactivas
- Los programas de prevención deben ser globales, en cuanto al abordaje de los distintos factores, y despertar el interés de la población objetivo
- La capacitación docente en materia de prevención mejora el impacto y la sostenibilidad de los programas preventivos
- Las estrategias y recursos deben adoptarse en función del apoyo que requiera el cuerpo docente para la consecución de resultados
- Una evaluación periódica da cuenta de la eficacia de los programas preventivos, facilitando modificaciones pertinentes
- La detección de incidentes relacionados con drogas debe ligarse a acciones de salud y seguridad, más que acciones punitivas

### **Tratamiento**

El tratamiento, por su parte, contempla acciones específicas cuyo objetivo es tratar, reparar o curar una alteración concreta, (18) por lo que debe asumirse de manera integral e integrada, sin olvidar que cada caso presenta peculiaridades originadas en las características personales, el tipo de sustancia, el patrón de consumo, entre otras. (17)

Su implementación representa un costo elevado en comparación a las acciones de prevención, y se orientará hacia el logro y mantenimiento de la abstinencia y/o a la reducción de riesgos y daños en casos puntuales, por lo que demanda la presencia de personal especializado y acciones concretas (18) que van desde *“el asesoramiento, las entrevistas motivacionales, las terapias cognitivo-conductuales, la gestión de casos, las terapias grupales y familiares y la prevención de la reincidencia”* (14).

Con relación al tratamiento, es indispensable mencionar que, con el objetivo de evitar violaciones a los derechos humanos de las personas consumidoras, todos los Establecimientos de Salud que prestan servicios de Tratamiento a personas con consumo problemático de Alcohol y otras Drogas (ESTAD) *“deben contar con el permiso de funcionamiento vigente, otorgado*

*por la Autoridad Sanitaria Nacional (...)*, (20) sin que esto se encuentre sujeto a la modalidad en la que brinden su servicio:

- *Modalidad ambulatoria*: destinada a personas con un consumo en grado de severidad manejable con los recursos disponibles o que han recibido tratamiento en una modalidad de mayor complejidad y han mejorado al punto de poder beneficiarse de esta modalidad y/o que pudieran requerir un abordaje de mayor intensidad, pero aún no están listos/as. (21)
- *Modalidad ambulatoria intensiva*: para el abordaje de personas cuya dificultad se encuentra en un grado de severidad que pudiera ser manejado en modalidad ambulatoria, dado que cuentan con apoyo familiar y/o comunitario, pero requieren refuerzo en cuanto a intensidad y frecuencia. (21)
- *Modalidad residencial*: adecuado para personas que han tenido dificultades para alcanzar los objetivos planteados en las modalidades citadas anteriormente, que carecen de apoyo familiar / social o cuentan con una historia de intentos persistentes e infructuosos, necesitando un tiempo mayor para el desarrollo de habilidades. (21) Cabe mencionar que *“la internación como estrategia terapéutica es el último recurso a emplearse por los profesionales de salud (...)*”. (20)

Finalmente, conviene resaltar que los ESTAD que brinden atención en modalidad residencial “contarán con infraestructura, talento humano y equipamiento adecuado diferenciado para el tratamiento de adultos, adultas, niños y adolescentes hombres, niñas y adolescentes mujeres”, garantizando su integridad, independencia y privacidad. (20)

En el caso específico de niños/as y adolescentes que requieran internamiento, el mismo se realizará en un ESTAD, contando con los siguientes documentos:

- Orden judicial que disponga su acogimiento en un ESTAD que cuente con su permiso de funcionamiento vigente.
- Informe psiquiátrico o médico y psicológico, debidamente suscrito, que avale la necesidad de internamiento
- Programa terapéutico del Centro Especializado para el Tratamiento

- a personas con consumo problemático de Alcohol y otras Drogas (CETAD) que recibirá al niño/a o adolescente
- Consentimiento informado suscrito por el representante legal del niño/a o adolescente

Asimismo, el CETAD que reciba al niño/a o adolescente deberá garantizar la estructuración del plan terapéutico individualizado, detallando lo siguiente:

- Enfoque o modelo terapéutico
- Tipos de terapia (individual, grupal, de apoyo) con sus respectivos objetivos, justificación, actividades, recursos y responsables
- Fases del programa terapéutico, señalando tiempos aproximados, objetivos, actividades y responsables

### **Reducción de riesgos y daños**

La reducción de riesgos y daños puede entenderse como una forma desprejuiciada de concebir el fenómeno de las drogas, permitiendo orientar las intervenciones hacia la *“dignificación de las personas, el acceso real a servicios y la validación de derechos”*, fomentando la autonomía personal, la existencia de redes de apoyo, la no criminalización de los consumidores (22), un mejor cuidado de sí mismos, y una mayor previsibilidad y manejo de los riesgos asociados. (23)

En el contexto educativo, es importante conocer la percepción de riesgo a través de la evaluación de elementos como la propia experiencia de consumo, las creencias y la construcción social, sin descuidar el hecho de que una percepción mayor de riesgo suele estar asociada más al tipo de sustancia que al patrón de consumo y que suele presentarse más en mujeres que en varones. (23)

Cabe mencionar que, debido a la vulnerabilidad neurobiológica presente en los niños/as y adolescentes, una intervención de gestión de riesgos y daños *“solo se justifica en poblaciones específicas, en entornos especiales (privados de libertad, estrategia de supervivencia de calle, entre otros) y por un plazo de tiempo pequeño”*. (23)

## **Tipos de Prevención**

En cuanto a los tipos de prevención, por su nivel de incidencia, el National Institute on Drug Abuse (19) contempla la *prevención universal*, dirigida a todo un grupo poblacional, encaminada al fomento de habilidades y clarificación de valores, la *prevención selectiva*, dirigida a un subgrupo con un riesgo mayor que el promedio, y la *prevención indicada*, que se enfoca en personas con alto riesgo.

### ***Prevención universal***

Tipo de prevención dirigida a toda una población, desde una perspectiva amplia, cuyas intervenciones suelen ser de menor intensidad y costo. Se enfoca principalmente en el fortalecimiento de factores protectores, el fomento de hábitos de vida saludables y la mejoría de condiciones de vida, incidiendo de manera indirecta sobre la demanda de drogas, por lo que suele ser el tipo de prevención más empleado en instituciones educativas. (18)(19)(24) Algunos ejemplos de este tipo son (13):

### ***Programas para el desarrollo de habilidades personales y sociales***

Centrados en el involucramiento de los estudiantes en actividades interactivas que les permiten aprender y practicar habilidades que contribuyen a enfrentar situaciones cotidianas difíciles, a través del desarrollo de competencias sociales, la promoción del bienestar mental y emocional y el abordaje de normas y actitudes sociales.

Algunas de las características de estos programas que se asocian al logro de resultados positivos son: promover habilidades personales y sociales, ser implementados de manera estructurada, con sesiones de refuerzo, encontrarse a cargo de personal cualificado y emplear metodología interactiva.

Por otra parte, su implementación a través de métodos poco interactivos, como conferencias, la inclusión del miedo como herramienta, la proporción de información sobre sustancias específicas o abordar únicamente la autoestima y la educación emocional, son características que se vinculan a resultados nulos o negativos.

### ***Programas para mejorar el ambiente escolar***

Tipo de programa universal que orienta a los docentes hacia al fortalecimiento de capacidades de gestión en el aula y a los niños/as hacia la reducción de la agresividad y comportamientos perjudiciales, facilitando, además, el aprendizaje socio – emocional y académico.

Para que este tipo de programas alcancen resultados positivos, es importante que sean implementados en los primeros años escolares, incluyan estrategias para abordar comportamientos inadecuados y estrategias para reconocer comportamientos correctos, aborden las expectativas de los estudiantes y promuevan su participación activa.

### ***Programas de educación en la influencia social y el desarrollo de habilidades personales y sociales***

Estos programas buscan desarrollar habilidades que permitan afrontar la presión social sobre el consumo de drogas, de manera específica, y un afrontamiento adecuado y saludable de situaciones cotidianas complejas, de manera general. En este sentido, fomentan el pensamiento crítico, abordan las consecuencias, creencias y aceptación social alrededor del consumo de drogas.

En este tipo de programas, se ha evidenciado que el proporcionar información con el objetivo de infundir miedo, emplear mayormente metodologías no interactivas, como conferencias, incluir espacios de diálogo no estructurados, enfocar la toma de decisiones en aspectos morales y éticos, incluir testimonios de ex consumidores o implementar el programa a través de agentes policiales, son elementos asociados a resultados nulos o negativos en materia de prevención.

No así aquellos que son implementados de manera estructurada, con frecuencia semanal y sesiones de refuerzo, empleando una metodología interactiva, están a cargo de facilitadores capacitados, propician la práctica de habilidades para tomar decisiones y resistir el consumo, abordan la percepción de riesgo asociada al consumo, destacando consecuencias inmediatas, y derriban mitos y concepciones erróneas.

### ***Prevención Selectiva***

Tipo de prevención dirigida a grupos o subgrupos poblacionales cuyo riesgo de consumo es mayor que el del promedio. (3) (14) A continuación se citan algunos programas que constituyen ejemplos de este tipo de prevención (13):

#### ***Programas para el desarrollo de habilidades parentales***

Este tipo de programas puede implementarse tanto a nivel universal como selectivo y ha constituido un factor de protección importante, ya que intentan que los padres ejerzan de mejor manera su rol, promoviendo estilos de crianza cálidos y efectivos, a través del establecimiento de reglas, la vigilancia de las actividades y amistades de sus hijos, el involucramiento en la adquisición de habilidades para la toma de decisiones informadas y la adopción de conductas que los posicionen como modelos positivos para sus hijos.

La evidencia disponible sostiene que las siguientes son algunas características asociadas a resultados positivos en este tipo de programas: mejoran el vínculo entre padres e hijos, fomenta un papel activo de los padres en la vida de sus hijos, apoyan la implementación de una disciplina positiva y acorde al nivel de desarrollo, buscan que los padres sean un modelo positivo a seguir, promueven la participación de toda la familia, incluyen varias intervenciones y son impartidos por personas capacitadas.

Por el contrario, aquellos programas asociados a resultados nulos o negativos cumplen con algunas de las siguientes características: hacen de menos la autoridad de los padres, se basan solamente en la entrega de información, emplean conferencias como único medio, se centran exclusivamente en los niños/as, o se imparten por personal poco capacitado.

#### ***Importancia del centro escolar en la implicación de las familias***

Es conocido que la comunidad educativa la conforman los estudiantes, los docentes y los padres de familia, por lo que es importante que los programas de prevención en el ámbito de la educación trabajen con esta tríada. En este sentido, pueden citarse múltiples beneficios del involucramiento de los padres, por lo que una de las metas del centro escolar deberá ser el promover cambios positivos en la conducta de los padres y los niños/as. (25)

En este sentido, existen elementos que pueden influir en el nivel de involucramiento de los padres en los programas de prevención, como, por ejemplo: sus creencias hacia la institución, las barreras para participar (horarios, trabajo, etc.), su percepción de calidad educativa, el reconocimiento de los alumnos por parte de la institución, los beneficios percibidos; así como también existen aquellos que pueden motivar su participación, como, por ejemplo: el que la institución pueda contactar con las familias directamente, proporcionar referencias específicas sobre su hijo/a, goce de un nivel de credibilidad adecuado o pueda implementar un sistema de incentivos. (25)

En línea con lo anterior, el proceso de captación de las familias para su participación en los programas preventivos podría verse facilitado si se consideran los siguientes elementos (25):

- Formación de los monitores a cargo del reclutamiento
- Protocolo sobre la información que se entregará y alternativas motivantes para las posibles dificultades expuestas por los padres
- Distribución de material impreso
- Entregas de cartas de invitación personalizadas y posterior contacto telefónico
- Motivar la participación de los padres a través de los hijos
- Ofrecer e informar sobre los incentivos disponibles
- Contextualizar la intervención preventiva en problemas familiares globales
- Entrega de diplomas al finalizar

### ***Programas que incluyen mentores***

Este tipo de intervención propicia interacciones positivas entre jóvenes con riesgo potencial de involucrarse en el consumo y/o abuso de drogas, con adultos con quienes no guardan un parentesco, pero se comprometen a compartir una parte de su tiempo libre para realizar actividades y generar espacios que constituyan un factor protector. No obstante, es indispensable que se seleccione mentores adecuados, a quienes debe brindárseles capacitación y apoyo, y cuyas acciones deberán enmarcarse en un programa estructurado.



### **Prevención Indicada**

Hace referencia a un conjunto de acciones de mayor intensidad y costo, que se dirigen hacia personas que presentan conductas de riesgo o se han iniciado en el consumo, pretendiendo evitar mayores problemas vinculados al uso de drogas, por lo que se apoya principalmente en el asesoramiento. (3) (14). Los programas enfocados en el abordaje de vulnerabilidades personales (13) son un ejemplo de este tipo de prevención.

### **Programas enfocados al abordaje de vulnerabilidades personales**

Tipo de programa correspondiente a prevención indicada que aborda a adolescentes cuyo riesgo de consumo es mayor, debido a rasgos de personalidad como la búsqueda de sensaciones, la impulsividad, la sensibilidad frente a la ansiedad o desesperanza; con el objetivo de entregarles herramientas que les permitan manejar estas características de formas que no incluyan el uso de drogas.

Para que los mismos alcancen resultados positivos deben ser implementados por profesionales capacitados, como psicólogos, emplear instrumentos validados para la evaluación de rasgos de personalidad, incluir estrategias para enfrentar las emociones generadas por sus rasgos de personalidad y tener al menos entre 2 y 5 sesiones breves de intervención.

### **Factores de riesgo y protección**

Al hablar de factores de riesgo y protección, es indispensable recalcar que el consumo de drogas es un fenómeno multifactorial en el que se incluyen elementos de tipo psicológico, médico, bioquímico, sociológico, económico, educativo, político, y otros, por lo que ningún factor determina irreparablemente la presencia o ausencia de dicho fenómeno. (26)

### **Factores de riesgo**

Los factores de riesgo son aquellos “*atributos y/o características individuales, condiciones situacionales y/o contextos ambientales que incrementan la probabilidad de iniciarse en el uso y/o abuso de drogas o escalar de nivel en su consumo*” (18), existiendo aquellos que representan

una amenaza especial en edades o etapas determinadas. (19) A continuación, se enumeran algunos elementos que constituyen factores de riesgo. (3)(18)(26)(27)(28)

*Factores de riesgo a nivel personal*

- Comportamientos de timidez o agresividad
- Disposición y/o expectativas hacia el consumo
- Dificultades físicas o neurológicas
- Estados de ánimo susceptibles de ser modificados con alguna sustancia
- Dificultad para manejar las emociones
- Escasa habilidad para toma de decisiones
- Autoestima baja
- Curiosidad por experimentar efectos de drogas
- Baja percepción de riesgo
- Pocas alternativas frente al consumo

*Factores de riesgo a nivel escolar*

- Desempeño escolar deficiente o fracaso escolar
- Vínculos con compañeros que presentan comportamientos desadaptativos
- Percepción de aprobación del consumo por parte de la comunidad estudiantil
- Ambiente de competitividad e individualismo
- Escasa motivación y compromiso hacia el estudio
- Ausencia de estímulos hacia la participación y creatividad
- Dificultad para avanzar académicamente de un curso a otro
- Escaso compromiso de las instituciones educativas para el desarrollo de programas preventivos
- Déficit de áreas/actividades recreativas, deportivas, culturales
- Escasa capacitación docente sobre prevención integral
- Empleo de metodologías pasivas en la trasmisión del conocimiento
- Falta de conocimiento sobre características individuales de los alumnos
- Relacionamiento vertical entre docentes y alumnos
- Acoso escolar
- Sustancias disponibles en el establecimiento o entorno cercano

### ***Factores de riesgo a nivel familiar***

- Familias disfuncionales o con conflictos importantes
- Padres o cuidadores que presentan actitudes proactivas asociadas al abuso de sustancias
- Déficit o exceso de disciplina
- Falta de lazos afectivos

### ***Factores de protección***

Se entiende por factor protector a cualquier “*atributo o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que inhibe, reduce o atenúa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas o la transición en el nivel de implicación con las mismas*” (19). Por lo que, en materia de prevención, se intenta reducir factores de riesgo, como los mencionados anteriormente, pero se enfatiza en el desarrollo y potenciación de factores protectores.

A continuación, se citan algunos factores de protección. (3)(18)(26)(27)(28)

### ***Factores protectores a nivel personal***

- Amor propio y autoconocimiento desarrollados
- Habilidad para la identificación y manejo de las emociones
- Capacidad para comunicarse de manera asertiva
- Contar con un proyecto de vida
- Sensación de disfrute respecto a actividades distintas al consumo
- Habilidad para la toma de decisiones
- Capacidad para el manejo de la presión grupal
- Pensamiento crítico
- Contar con redes de apoyo
- Habilidad para la resolución de problemas

### ***Factores de protección a nivel escolar***

- Ambiente escolar que promueve la participación de los alumnos
- Fomento del manejo adecuado del tiempo
- Comunidad educativa con formación en temas de prevención integral
- Reconocimiento del esfuerzo y logros estudiantiles

- Percepción del entorno escolar como un entorno seguro
- Ambiente que propicia la cooperación y la solidaridad
- Promoción de la autonomía personal
- Relaciones de igualdad, con una comunicación bidireccional y fluida
- Inclusión de los alumnos en el proceso de enseñanza-aprendizaje
- Docentes accesibles, cercanos y preocupados por los intereses de los alumnos
- Fomento de trabajos en equipo
- Propiciar el establecimiento de vínculos positivos

### **Programas de prevención en el ámbito escolar**

De inicio, es importante señalar que las actividades preventivas son acciones aisladas y puntuales (18), mientras que los programas preventivos son “un conjunto de actuaciones, con el objetivo específico de impedir la aparición del problema al que se dirige”(19), por lo que constituyen un medio dinámico que contribuye a la modificación de factores que influyen en el consumo de drogas, desde un abordaje integral. (29)

En este contexto, es importante que los programas de prevención se impulsen desde una entidad rectora que les otorgue estabilidad y promueva tanto su continuidad como el involucramiento de otras entidades y actores, que permitan un abordaje integral de la población objetivo (29), así como que los mismos incluyan acciones basadas en evidencia. Con relación a este último punto, la ONUDC recoge y algunas características asociadas a resultados positivos o nulos/negativos, en temas de prevención escolar (13) que conviene tener en cuenta para aprovechar adecuadamente los limitados que se designan a la prevención.

#### *Características asociadas con resultados positivos en temas de prevención*

- Utilización de métodos interactivos
- Acciones implementadas de manera estructural (entre 10 y 15 intervenciones), con frecuencia semanal y con sesiones de refuerzo
- A cargo de facilitadores capacitados
- Propicia el aprendizaje y práctica de una amplia gama de habilidades personales y sociales como la toma de decisiones y habilidades de

rechazo frente al consumo

- Toma en cuenta la percepción de riesgo sobre el consumo y resalta sus consecuencias inmediatas
- Disipa conceptos erróneos y falsas expectativas sobre el abuso de drogas

### ***Características asociadas con resultados nulos o negativos en temas de prevención***

- Utilización de métodos no interactivos
- Proporción de información con el objetivo de fomentar miedo
- Inclusión de sesiones de diálogo no estructuradas
- Exclusiva atención a la construcción del autoestima y educación emocional
- Aborda la toma de decisiones desde perspectivas ético-morales
- **Emplea testimonios de ex consumidores de drogas**
- **Utiliza agentes de policía para la implementación de acciones preventivas**

Finalmente, es indispensable que estos programas se sustenten en la investigación, cuenten con materiales educativos validados, incluyan procesos de capacitación docente, puedan ser valuados y cuenten con un eje de comunicación y difusión. (8)

### **Investigación**

**Es indispensable que las acciones de prevención sean diseñadas e implementadas a partir de datos propios de la población en la que se intervendrá, por lo que debe partirse de un diagnóstico situacional que aporte datos sobre: prevalencia de uso de drogas, actitudes hacia el consumo, resultados de acciones o programas previos, disponibilidad de recursos y nivel de alfabetización de actores involucrados. (8)**

**Un análisis situacional permitirá, además, reconocer los factores de riesgo y protección existentes en la población que se desea abordar, a fin de implementar acciones coherentes con su realidad, canalizarlas correctamente y facilitar su posterior evaluación. (30)**

## **Materiales educativos**

Los materiales que se empleen para el desarrollo del programa deben atravesar por un proceso de: (a) *diseño*, en el que participen representantes de la comunidad a intervenir, buscando que este responda a sus características específicas; (b) *elaboración*, también con su participación y la de expertos sobre el tema, y (c) *validación*, tanto a partir de una revisión por parte de expertos y autoridades nacionales en materia de salud y educación, como a partir de su implementación en una muestra de la población (8).

En este apartado, es importante considerar que los programas preventivos eficaces incluyen elementos que se mencionan a continuación (24), por lo que es importante contar con material que facilite su abordaje.

- Información sobre las drogas y sus consecuencias
- Factores vinculados al inicio y mantenimiento del consumo
- Reconocimiento de factores de riesgo y protección
- Habilidades de resistencia y rechazo ante las drogas
- Habilidades para la vida
- Estrategias para la toma de decisiones y resolución de conflictos
- Estilos de vida saludable y uso adecuado del tiempo libre

## **Selección de contenidos para la elaboración del material**

En línea con la elaboración del material, es indispensable considerar que la naturaleza de la información entregada, la forma de hacerlo y el momento en que tiene lugar influye en la forma en que esta se recibe y que esto, a su vez, repercute en la toma de decisiones con conocimiento de causa y la configuración de creencias y actitudes (16). En este sentido, para seleccionar el contenido a partir del cual se elaborará el material a emplearse en el programa, se sugiere considerar lo siguiente:

- Lo que los estudiantes saben y necesitan saber sobre drogas
- La percepción, creencias y actitudes de los estudiantes
- Las aptitudes presentes y aquellas que se necesitan desarrollar en los alumnos
- Vincular el conocimiento con las aptitudes, valores y actitudes
- Necesidad de equilibrar el conocimiento, las aptitudes y valores
- Abordaje de las drogas que causan más daño en la población objetivo
- Contextos personales y sociales de consumo

- Necesidad de estimular el pensamiento crítico y generar reflexión
- Que no genere amenaza o juicios de valor sobre las ideas de los alumnos
- Que sea respetuoso de las características específicas de la población

### **Procesos de capacitación docente**

En este sentido, es indispensable partir de una selección adecuada respecto a los maestros que fungirán como preventores, quienes deberán ser modelos de comportamiento positivo y saludable, participar de manera voluntaria y asumir el compromiso de ejercer este rol, teniendo en cuenta sus competencias personales para sensibilizar y capacitar sobre el tema a todos los actores involucrados. (8)

Asimismo, la autoridad educativa tendrá la responsabilidad de promover y asegurar procesos de capacitación continua a los docentes, a nivel nacional. Por lo que resulta importante incluir un programa de capacitación entre las actividades concernientes al Ministerio de Educación, a fin de que se destine un presupuesto, se designen coordinadores a nivel regional para su mejor manejo, se definan incentivos que mantengan los espacios de formación y se implementen programas orientados al desarrollo y potenciación de capacidades docentes (8).

### **Evaluación**

**Por otro lado, todo programa de prevención debe contar con un proceso de *evaluación* sistemática, rigurosa y permanente, que debe incluirse desde su planificación, (8) considerando qué tipo de evaluación se realizará, la persona responsable de hacerla, cómo y cuándo se realizará (18).**

**El proceso de *evaluación* permitirá identificar los aspectos fuertes y los puntos débiles del programa (8), viabilizando la realización de modificaciones pertinentes sobre este. Puede realizarse mediante un diseño pre test – post test, por quienes lo implementan o por personas externas a su implementación; no obstante, es importante establecer indicadores específicos que den cuenta del alcance de los objetivos (8).**

Cabe mencionar que existe la evaluación de *proceso*, en la que se incluyen aspectos relacionados a los actores, población objetivo y recursos; la evaluación de *resultados*, en la que se evalúa la fidelidad e intensidad de su implementación, teniendo en cuenta cada componente; y la evaluación de *impacto*, que contempla los resultados a corto, mediano y largo plazo. (8)

### **Procesos comunicacionales asociados a la prevención escolar**

Finalmente, con el objetivo de fortalecer una cultura preventiva, es fundamental captar espacios comunicacionales dirigidos a niños/as, adolescentes y sus familias, a fin de difundir las actividades y programas preventivos, para lo cual es importante contar con un plan de difusión en cuyo diseño pueden involucrarse diferentes medios de comunicación masiva y pares de la población objetivo, con miras hacia la generación de figuras que eleven la sensibilidad y consciencia pública en temas relacionados a la prevención integral de drogas (8).

#### *¿Qué no hacer a la hora de comunicar temas de prevención de drogas?*

- No fomentar el miedo o vergüenza asociados al consumo, ni enmarcarlo como una regla inquebrantable
- No alentar la búsqueda de sensaciones y menos si estas se asocian al consumo
- No infundir miedo con información extrema o exagerada
- No dramatizar las formas de consumo (puede alentarlo o enseñar maneras de consumir)

De igual forma, el Programa de Cooperación entre América Latina, el Caribe y la Unión Europea en Políticas sobre Drogas (32) ha establecido parámetros de calidad basada en evidencia sobre distintas intervenciones destinadas a la reducción de la demanda de drogas. Entre aquellas relacionadas a la comunicación en temas de prevención, se incluyen las siguientes:

- Las estrategias comunicacionales con mayor soporte científico son aquellas que promueven cambios de actitud
- El contenido comunicacional debe ser coherente con las características culturales y lingüísticas de la población objetivo
- Los mensajes comunicacionales deben ser pre-testados



- La población objetivo debe exponerse de manera considerable a la difusión del mensaje preventivo
- Las estrategias comunicacionales deben estar ligadas a otras actividades preventivas.

Por su parte, la UNODC, contempla una serie de características asociadas a resultados positivos en cuanto al componente comunicacional en temas de prevención, como las que se citan a continuación (33):

- Identificación de la población objetivo
- Sustento teórico sólido
- Diseño de mensajes a partir de la investigación
- Vínculo con programas preventivos
- Exposición del grupo objetivo al mensaje por un periodo adecuado
- Evaluación sistemática para modificar los mensajes y potenciar su impacto
- Contenido dirigido a los padres, quienes influyen sobre los niños/as y adolescentes
- Apunta a la modificación de normas culturales y creencias sobre las consecuencias del consumo de drogas
- Inclusión de estrategias para resistir ante el consumo de drogas

Finalmente, es importante mencionar que, aunque el objetivo sea prevenir el consumo, el lenguaje empleado por los medios de comunicación juega un papel fundamental para evitar la estigmatización de las personas que consumen drogas, por lo que es importante que el proceso comunicacional cuente con el acompañamiento de especialistas que puedan apoyar en el análisis y modificación de la información en caso de ser necesario. (34)

### **Principios de los programas escolares de prevención, basados en evidencia**

Los Lineamientos Hemisféricos en Prevención Escolar (8), emitidos por la CICAD, establecen una serie de parámetros que pueden tenerse en cuenta a la hora de evaluar si un programa de prevención escolar se enmarca en lo que la evidencia ha mostrado como eficaz en este ámbito. Estos son:

- Abordan todos los niveles de educación o al menos aquellos niveles

- críticos de la escuela intermedia.
- Los programas se implementan en más de un año.
- Cuentan con un modelo de implementación estandarizado que pone a prueba la elección de materiales didácticos.
- Incluyen métodos didácticos para enseñar aptitudes de rechazo hacia las drogas.
- Fomentan los vínculos prosociales dentro de la escuela y la comunidad.
- Desarrollan habilidades de competencia social y resistencia a las drogas acorde al nivel cultural y de desarrollo de los estudiantes.
- Promueven la influencia positiva entre pares.
- Enfatizan en métodos de enseñanza que capacitan en aptitudes
- Incluyen entre 10 y 15 intervenciones durante el primer año y un número similar para su refuerzo.
- Incluyen los 5 elementos básicos de un programa de prevención escolar.
- Son evaluados de manera periódica.

### **Importancia del trabajo con los Departamentos de Consejería Estudiantil**

El Ministerio de Educación (MINEDUC) tiene como función principal *“fomentar iniciativas que promuevan el desarrollo humano integral de niños, niñas y adolescentes (...)”*, cuyo cumplimiento se hace viable gracias a los Departamentos de Consejería Estudiantil (DECE) como instancias neurálgicas en el acompañamiento del proceso formativo, y la implementación de acciones y procesos de prevención y desarrollo integral. (35)

Entre sus objetivos específicos, se encuentran: (a) el contribuir a la construcción de relaciones sociales pacíficas y armónicas; (b) fomentar la resolución pacífica de conflictos; (c) el promover el desarrollo de habilidades, capacidades y competencias; y (d) prevenir problemáticas sociales e intervenir en situaciones de riesgo. (35)

En este contexto, los DECE despliegan diversos procesos participativos, dinámicos y creativos para el abordaje de diferentes ejes que se enmarcan bajo siete enfoques: pedagógico, derechos humanos, género, bienestar, interculturalidad, intergeneracionalidad e inclusión. Uno de los ejes en mención

hace referencia a la “Promoción y prevención”, bajo el cual se propician acciones encaminadas hacia el pleno ejercicio de los derechos humanos, el fortalecimiento del desarrollo integral y la construcción de una cultura de paz en toda la comunidad educativa. (35)

En este sentido, los profesionales DECE buscan incrementar el control sobre factores de riesgo potenciales, e impedir tanto que se presenten problemáticas psicosociales, como que aquellas deficiencias causadas por estas últimas no se extiendan en el tiempo; siendo también su responsabilidad trabajar con docentes y familiares, como marco referencial de los niños/as y adolescentes. (35)

Algunas de las actividades contempladas en el eje de promoción y prevención, en el que se incluye el consumo de drogas, son (35):

- Impulso de la construcción de proyectos de vida personales
- Gestión e implementación de procesos formativos no académicos, dirigidos a toda la comunidad educativa.
- Orientación y asesoramiento sobre estrategias y métodos referentes a resolución de conflictos y mediación, identificación y manejo emocional, relacionamiento social saludable, atención a la diversidad y discapacidad
- Generación de proyectos de promoción y prevención a través de representantes estudiantiles

### **Gestión de incidentes relacionados con drogas**

En este apartado cabe mencionar que existen 5 principios básicos para manejarlos de mejor manera (16):

- Garantizar la confidencialidad
- Tener claro los roles, responsabilidades, aptitudes y conocimientos antes de intervenir
- Diferenciar acciones disciplinarias y de asesoramiento/asistencia
- Desestigmatizar sin mostrar aceptación frente al consumo
- Enfatizar en la relación con los/las estudiantes

### **Situaciones de uso/consumo de drogas**

De primera mano, es importante tener en cuenta que el proceso de gestión de estos casos deberá tener un enfoque asistencial más que punitivo.

#### *Detección*

Los profesionales DECE son corresponsables en la identificación de situaciones de riesgo a las que se encuentran expuestos los estudiantes y les corresponde realizar el acompañamiento necesario a fin de disminuir las situaciones de riesgo o vulneración de derechos e implementar estrategias de alertas tempranas, con relación a temas como la tenencia, uso, consumo y/o presunción de comercialización de drogas. En cuanto al eje de detección, dichos profesionales llevarán a cabo actividades como (35):

- Propiciar la corresponsabilidad familiar e institucional en la identificación y reporte de problemáticas psicosociales
- Identificación de situaciones de riesgo/vulnerabilidad, proponer y ejecutar acciones de intervención
- Procesos de observación para la detección de situaciones de riesgo y alertas tempranas
- Identificar estudiantes que presenten conductas desfavorables y abordarlos de manera personalizada a nivel cognitivo, social y/o afectivo.

En el caso de que se detecte una situación de uso/consumo de drogas o presunción/comercialización de droga en las instituciones educativas, el profesional DECE realizará el acompañamiento necesario y tanto drogas lícitas como ilícitas serán consideradas igual de nocivas para el desarrollo integral de los estudiantes; para lo que se aplicarán las rutas y protocolos establecidos para el efecto (36).

Los profesionales DECE establecerán interrelaciones activas con el estudiante, a fin de reducir las situaciones de riesgo y su impacto; dar respuestas inmediatas, reforzando las relaciones asertivas y saludables; propiciar un trabajo colaborativo en toda la comunidad educativa y promover el autoconocimiento y desarrollo de habilidades en los estudiantes (35).

### *Evaluación*

Esta fase implica acercarse al estudiante y realizar una evaluación de las diferentes áreas o factores que influyen en la situación para planificar una intervención integral que responda a las necesidades identificadas, considerando los distintos tipos de intervención, pero poniendo siempre al estudiante en el centro, respetando los principios de confidencialidad e interés superior y buscando desarrollar en el/ella habilidades para la vida (35).

En cuanto al proceso de evaluación, conviene tener en cuenta que aunque el profesional DECE no será responsable de establecer un diagnóstico, deberá mantener una comunicación clara, comprensible y acorde al nivel de desarrollo del estudiante; mostrarse imparcial y respetuoso en todo momento; no mostrar asombro y responder siempre con sensibilidad frente a la información entregada, intentando que esta sea acerca de la percepción sobre el consumo, inicio y evolución del mismo, los factores que lo motivan, las consecuencias y otras conductas de riesgo asociadas (36).

### *Intervención*

En esta fase, el profesional del Departamento de Consejería Estudiantil intervendrá a nivel personal y familiar para brindar orientación sobre el uso y consumo de drogas, sin olvidar que el mismo no llevará a cabo un proceso psicoterapéutico; se establecerá el procedimiento de faltas de acuerdo al Código de Convivencia; se firmará un acta de compromiso en el que la autoridad educativa, el profesional DECE o tutor y los familiares o representantes legales acuerdan “*brindar protección, acompañamiento y ayuda al estudiante*”; y se buscará fortalecer los programas de prevención integral de drogas (36).

### *Derivación*

Es indispensable conocer que en caso de detectar elementos que den cuenta de un posible consumo problemático el caso tendrá que ser derivado de forma inmediata, con un informe de derivación (36), a un profesional sanitario, quien realizará un diagnóstico diferencial y definirá la modalidad de tratamiento que considere pertinente, sobre el que el profesional DECE y/o docente tutor realizarán el seguimiento pertinente y garantizarán el servicio

de educación, apoyándose en la familia, y priorizando sanciones vinculadas a actividades formativas con la institución, más que con la suspensión, en caso de ser necesario (35).

### *Seguimiento*

En caso de que el estudiante se ausente de clases, debido a suspensión o tratamiento, el sistema educativo, en conjunto con los familiares, garantizarán su permanencia en el ciclo académico a través de tutorías. Asimismo, se realizarán y registrarán las sesiones de seguimiento que se lleven a cabo con todos los estudiantes involucrados en el caso (36).

### ***Situaciones de presunción de promoción/comercialización de drogas***

En estos casos, frente a cualquier acción a ejecutar, es importante recordar que los niños, niñas y adolescentes vinculados a la promoción o comercialización de drogas se encuentran en situación de vulnerabilidad.

### *Detección*

En esta fase, quien conozca o presuma de un caso de promoción o comercialización de drogas, avisará a la autoridad educativa, quien reportará a la Dirección Distrital de Educación y a la UPC más cerca, y colaborará con el profesional DECE para la elaboración de un informe que describa lo ocurrido, sabiendo que en caso de ser necesario puede acceder a un programa de protección a víctimas y testigos. (36)

### *Intervención*

En estos casos, el profesional DECE realizará una evaluación e informe sobre la situación familiar, social y psicológica del estudiante, a fin de promover una mejor comprensión del hecho, y realizará la intervención pertinente, a nivel individual y familiar.

La autoridad escolar, por su parte, participará de la firma de un acta compromiso, igual que en el caso de uso o consumo de drogas, promoverá el fortalecimiento de los programas de prevención y llevará a cabo el proceso correspondiente a faltas muy graves, de haberse comprobado que la/el estudiante en cuestión estuvo vinculado en la promoción o comercialización de drogas, siempre evitando su criminalización y promoviendo su desarrollo integral. (36)

### *Derivación*

Es importante averiguar si la/es estudiante se encuentra en riesgo debido a su proximidad con redes de microtráfico para, por intermedio de la autoridad educativa, avisar a la Policía Nacional la Fiscalía y la Junta de Protección de Derechos. Contar con la orden de un juez y la presencia de un fiscal.

### *Seguimiento*

En los casos en los que un estudiante sea privado de su libertad, se garantizará su permanencia en el ciclo educativo a través de una coordinación entre la División Distrital de Apoyo, Seguimiento y Regulación Educativa, la autoridad de la institución, el coordinador/a del DECE, el docente tutor y los padres o representantes legales (36).

Asimismo, el sistema de educación brindará asesoría jurídica al estudiante y sus familiares sobre los procedimientos administrativos y/o judiciales, y velará por un proceso de inclusión correcto, respetuoso de la confidencialidad y libre de estigmas y discriminación, en caso de considerar pertinente una reubicación en otra institución educativa (36).

### **Territorialización de la política pública**

La territorialización de la política pública en materia de drogas se entiende como el proceso orientado a *“materializar los objetivos y estrategias contenidas en el Plan Nacional, ejecutando los programas y proyectos que derivan del mismo, principalmente en territorios específicos donde se determina la presencia del fenómeno socio económico de las drogas según su intensidad”* (37).

Para el efecto, se considera al Comité Interinstitucional de Drogas, como instancia máxima en la formulación de la política nacional de drogas, al Comité Territorial Provincial de Prevención Integral de Drogas, como ente encargado de implementar la política en territorio a nivel provincial, a través de las instituciones que lo conforman (37), y a los Gobiernos Autónomos Descentralizados, quienes *“bajo los lineamientos emitidos por el Comité Interinstitucional, implementarán planes y programas destinados a la prevención integral, con especial atención a los grupos de atención prioritaria”* (11).

Dicho proceso se basa en el principio de la descentralización, mismo que supone la transferencia de cierto poder político desde el gobierno central hacia organismos de gestión que gozan de una mayor proximidad con la población, cuya intervención se ve facilitada debido a su autonomía administrativa, política y financiera; no obstante, deben contar con orientación y acompañamiento a nivel provincial y nacional (2).

En este sentido, son organismos internacionales, como la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas de la Organización de Estados Americanos (CICAD-OEA), quienes promueven la participación de estamentos municipales en cuanto a estrategias orientadas a la reducción de la demanda (38).

### **El papel e importancia de los Gobiernos Autónomos Descentralizados (GAD) en la consecución de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)**

La Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) (39) constituyen tanto una hoja de ruta en la que se incluyen temas prioritarios, como una herramienta de planificación a nivel nacional y local, para que los países alcancen un desarrollo sostenido e inclusivo, alrededor del respeto a la dignidad e igualdad de las personas.

En este sentido, del ODS número 3, que hace referencia a *“Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todas en todas las edades”*, se desprende la meta 3.5 que busca *“fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas, incluido el uso indebido de estupefacientes y el consumo nocivo de alcohol”* (39) a la que tributan las acciones y programas de prevención integral de drogas que se emprendan tanto a nivel nacional como local.

Bajo este contexto, cada país ha definido mecanismos de planificación, financiamiento e implementación que involucre a diversos actores para viabilizar el cumplimiento de los ODS. En Ecuador, la Secretaría Técnica Planifica Ecuador, ha desarrollado el Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021, denominado *“Toda una Vida”* (40) en cuyo Eje 1 correspondiente a los



*Derechos para Todos Durante Toda la Vida* se incluye el Objetivo 1 acerca de “*garantizar una vida digna con iguales oportunidades para todas las personas*”.

De este objetivo se desprende la política 1.14 referente a “*enfrentar el fenómeno socioeconómico de las drogas y el alcohol, a través de estrategias de prevención integral, control y reducción de oferta*” y la intervención emblemática número 6, correspondiente a la *Prevención y control del uso y consumo de drogas*, cuyo objetivo es “*evitar, retrasar y reducir las consecuencias de carácter sanitario, económico social y de seguridad ciudadana del consumo de drogas con un enfoque de salud pública y de derechos humanos*” (40).

Por lo tanto, es a este marco al que deben responder los planes que se elaboren a nivel nacional y subnacional, en los que se incluyen los planes de desarrollo local o Plan de Ordenamiento Territorial (PDOT), elaborados por los Gobiernos Autónomos Descentralizados (41) en septiembre del 2015, de la “Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible” y sus 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).

En materia de drogas, los PDOT tendrán que enfatizar en la promoción de la salud y prevención, a través de la construcción de proyectos de vida que incluyan una educación en valores, el fomento de la toma de decisiones conscientes, corresponsables y autónomas, y el impulso de actividades recreativas, de ocio y esparcimiento (40), cuidando que estos no constituyan meros formulismos, sino que den respuesta a las necesidades y prioridades locales (41) en septiembre del 2015, de la “Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible” y sus 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).

Así, también, deberán contribuir a lo establecido en el marco legal nacional, como la Ley Orgánica de Prevención Integral de Drogas (11), en la que se menciona explícitamente la participación de los GAD en los artículos: 7, correspondiente a prevención integral; doce, concerniente a la prevención en ámbito comunitario-familiar; trece, referente a prevención en el ámbito cultural, recreativo y deportivo; quince, sobre desarrollo alternativo preventivo; y, veinte, en el que se mencionan acciones de reducción de riesgos y daños.

De igual forma, en el Reglamento (42) a la antedicha ley se cita el papel de los Gobiernos Autónomos Descentralizados en los artículos 6, 7, trece y veintiuno, referentes a Atención prioritaria, Acciones para la prevención del uso y consumo de drogas, Acciones en el ámbito comunitario-familiar, y Reducción de riesgos y daños, correspondientemente.

Asimismo, en el Plan Nacional de Prevención Integral y Control del Fenómeno Socio Económico de las Drogas 2017-2021 (37), se hace referencia a su participación en la ejecución de las líneas de acción contempladas en dicho documento, en función de sus atribuciones y competencias institucionales.

Finalmente, cabe destacar que, gracias a la cercanía de a que gozan los GAD con respecto a ciertos actores, su papel es de fundamental importancia para la generación de espacios de diálogo multisectorial y multinivel, en los que se propicie la participación de ciudadanos/as, organizaciones de sociedad civil, academia, instancias públicas y privadas, entre otras, en el proceso de diagnóstico, diseño, planificación, implementación y evaluación de las políticas públicas.

### ***Algunas experiencias***

#### ***Argentina***

Municipios en Acción es un programa argentino impulsado desde el gobierno nacional, que busca establecer un marco de trabajo multinivel (nacional-provincial-municipal) coordinado, que permita un abordaje a nivel específico, en el que los municipios asumen un papel fundamental en el fortalecimiento de las políticas locales.

A partir de esta experiencia, se concluyó que es importante capitalizar y fortalecer los esfuerzos en cuanto a prevención con los que cuentan ciertas localidades sobre el tema, siendo el ámbito educativo el espacio en el que, por lo general, se encuentran más desarrolladas y naturalizadas, no solamente debido a la relativa facilidad de acceso a la población, sino también a la creencia de que los niños/as, adolescentes y jóvenes constituyen la población en riesgo de mayor importancia. (2)

Asimismo, se resalta la complejidad del fenómeno de las drogas para enfatizar en la necesidad de contar con estrategias evaluables, basadas en la evidencia científica, enfocadas en la promoción de la salud, el fortalecimiento de los factores protectores y la disminución de factores de riesgo, a ser implementadas de manera articulada. (2) En este sentido, algunas de las estrategias de acción más frecuentes son:

- Programas de promoción de la salud,
- Detección, orientación y asistencia en cuanto al consumo de drogas,
- Estrategias ambientales como la regulación del expendio de alcohol y tabaco,
- Programas de inclusión social,
- Estrategias de fortalecimiento familiar y comunitario,
- Recuperación de espacios públicos para la vida social comunitaria,
- Trabajo articulado o en red

Es importante que el abordaje de prevención integral de drogas se realice de manera intersectorial, para lo que se vuelve crucial la participación de los tres niveles de gobierno, enfatizando en el hecho de que para que pueda diseñarse un plan local *“es indispensable la conjunción de decisores políticos convencidos y profesionales técnicos capacitados”* (2).

### *Uruguay*

Uruguay es otro país que promueve fuertemente la participación de organismos desconcentrados para fortalecer las políticas locales de drogas, a través de un Área de Descentralización perteneciente a la Secretaría Nacional de Drogas, desde la que se promueve el fortalecimiento de las Juntas Departamentales y las Juntas Locales de Drogas, mediante las cuales se favorece la participación de la sociedad civil en el diseño, la ejecución y el seguimiento de las acciones establecidas (43).

---

***CONCLUSIONES Y  
RECOMENDACIONES***

---



## **CONCLUSIONES**

1. La prevención de drogas en el ámbito educativo debe concebirse como una acción a mediano y largo plazo, que involucre a toda la comunidad educativa: padres de familia, docentes, autoridades y estudiantes; en la construcción colectiva de sus procesos, con pleno respeto a los Derechos Humanos y que potencien las habilidades y destrezas de sus integrantes.
2. Mirar las buenas prácticas que a nivel Mundial y Regional han implementado algunos países, cuyos resultados los han posicionado como referente en el abordaje de la prevención integral al consumo de drogas.
3. Todo programa de prevención debe partir de un diagnóstico situacional y contar con un proceso de evaluación que permita determinar aciertos y errores; como mecanismo para mejorar los abordajes de manera permanente.
4. Se ha evidenciado que las metodologías no interactivas, diálogos no estructurados, testimonios de ex consumidores y la implementación de programas a través de agentes policiales; son elementos asociados a resultados nulos o negativos en materia de prevención de drogas.
5. Frente a la proliferación de preparados de nuevas sustancias psicoactivas que representan severos daños a la salud de los consumidores; aplicar programas de prevención de riesgos y reducción de daños de manera urgente.
6. Contar con programas de capacitación continua para docentes, sobre la convivencia armónica en los contextos familiar, educativo, laboral y comunitario, así como de factores de riesgo y de protección como elementos eficaces de prevención en las comunidades educativas.
7. Fortalecer las estructuras, las competencias y los recursos de los ministerios que integran el comité interinstitucional de drogas para garantizar una intervención articulada, conjunta y coordinada entre el Estado, la sociedad civil y la academia.
8. Los GADs deben contar con la dotación de las competencias, recursos y herramientas técnicas necesarias para que el abordaje del fenómeno socioeconómico de las drogas en sus territorios, se dé dentro del

marco de cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2030 y; no como algo aislado y reduccionista o represivo.

## RECOMENDACIONES

1. Al Estado, al Comité interinstitucional de drogas, recordar la urgente necesidad de contar con un observatorio de drogas que permita realizar investigaciones periódicas para sustentar la política y los programas de prevención de drogas.
2. A la Asamblea Nacional, insistir que en la formulación de Leyes de drogas, debe considerarse la respectiva evolución de este fenómeno, en el que la Guerra contra las drogas y las políticas punitivas y prohibicionistas se consideran etapas superadas, ya que el mundo entero apunta al desarrollo humano integral y al fortalecimiento de la salud social de los pueblos.
3. Al Gobierno central y a los GADs, la necesidad de priorizar la calidad del gasto en los ámbitos de educación, salud y desarrollo humano integral; sobre la seguridad y la represión.
4. Al Ministerio de Educación, cumplir con la dotación de DECEs para cada institución educativa y el respectivo fortalecimiento y capacitación de sus integrantes para el ejercicio de sus funciones orientadoras con docentes, padres de familia, estudiantes y autoridades.
5. Al Ministerio de Salud, revisar la cobertura que tienen sus modelos de atención, considerando accesibilidad, género (El Estado tiene una ínfima cobertura para mujeres consumidoras que requieren atención residencial), menores, ámbito geográfico, etc. ; así como la capacitación para el tratamiento de consumidores de preparados de nuevas sustancias psicoactivas; incorporando prevención de riesgos y reducción de daños frente a la severidad de las afecciones a la salud causadas por el consumo de preparados de sustancias psicoactivas (opioides – H- , entre otros ).
6. A la sociedad civil y la academia, elevar su nivel de participación con propuestas serias y contextualizadas que representen aportes a la investigación, capacitación, evaluación y acompañamiento a procesos de prevención y atención de la demanda y de la oferta; acorde época actual.

## **CAPÍTULO IV**

---

*SALUD*

---





**Alexandra Delgado**

## **CAPÍTULO IV**

### **SALUD**

#### **4.1 Salud y fenómeno de drogas**

Huber, et. al., (2011) proponen considerar en la salud la capacidad de adaptación y autogestión ante los desafíos sociales, físicos y emocionales. Lo mencionado implica superar la medicalización y comprender la salud en rangos flexibles y adaptados a cada persona y comunidad. En el caso ecuatoriano la nueva Constitución, aprobada en 2008, introdujo paradigmas pioneros, particularmente en salud y atención médica. Desde la constitución ecuatoriana, la salud es calidad de vida sostenida por el cumplimiento de las necesidades humanas objetivas y subjetivas garantizadas por el Estado. Dentro de esto marco la salud asume un enfoque bio-psico-socio-cultural integrado. Esta nueva comprensión de la salud promueve un enfoque holístico de salud para los individuos, los grupos y la sociedad; cobertura universal; un paradigma mestizo en la comprensión de la salud (Hermida, 2011).

En este capítulo se abordarán datos mundiales y regionales para entender el fenómeno de drogas desde la salud pública, para luego enfocarnos en datos nacionales, políticas y abordajes que han resultado eficaces en otros contextos, para concluir con recomendaciones generales.

#### **4.2 Salud y consumo de drogas en el mundo y las Américas**

El consumo de drogas es una realidad mundial que responde a decisiones personales, contextos y, genera problemas en la salud pública. En este sentido es importante analizar lo que sucede en el hemisferio y en el mundo desde las organizaciones que han tenido la responsabilidad de acompañar la política de drogas.

El informe de la Organización de los Estados Americanos, OEA (2019) indica que los riesgos en salud son más altos cuando la edad de inicio de usos de drogas es menor. El informe de OEA indica a su vez que todas las sustancias muestran algunos niveles de uso entre los estudiantes de

octavo grado, lo cual presenta riesgos. Por lo mencionado, los abordajes desde edades tempranas, para afrontar estos riesgos son vitales tanto en población escolarizada como en la población que por sus contextos no se encuentra en educación formal. En relación al monitoreo de tendencias a nivel hemisférico, OEA indica que no es posible identificarlas debido a la variación en las tendencias a nivel nacional. Sin embargo, el tabaco muestra ser la única droga que presenta disminuciones sistemáticas en el uso, a lo largo del tiempo. En la tabla 1 se presenta un resumen de los consumos del último mes en la población general, estudiantes de secundaria y universitarios en las Américas de las drogas alcohol y tabaco. De manera similar, en la tabla 2 se presenta un resumen de los consumos del último año en población general, estudiantes de secundaria y universitarios en las Américas, de las drogas marihuana, cocaína, tranquilizantes y estimulantes.

**Tabla 1.** Resumen prevalencias del último mes en población general, estudiantes de secundaria y universitarios en las Américas: Alcohol y Tabaco

Droga	Prevalencias del último mes, en población general	Prevalencias del último mes, estudiantes de secundaria	Prevalencias del último mes, estudiantes universitarios
<b>Alcohol</b>	Va del 9,5% en El Salvador a más del 52% en Argentina y Uruguay, seguido de los Estados Unidos con un consumo del 50% y de Las Bahamas, Chile y Paraguay que superan el 40%.	<b>En América del Norte</b> varió de 19,8% a 31,4% <b>América Central</b> de 7,6% a 33,6% (2013) <b>América del Sur</b> de 11,97% a 50,1% (2014) <b>El Caribe</b> de 22,97% (2014) a 47,06% (2013) <b>En total en el hemisferio</b> de 7,6% a 50,1%	La prevalencia del último mes de consumo de alcohol supera el 50% en Brasil, Colombia, Ecuador y Uruguay. En tanto que los estudiantes universitarios de Bolivia, Panamá, Perú y Venezuela presentan registros entre el 30% y 37%.

<b>Tabaco</b>	<p>En América del Norte los Estados Unidos muestra el registro más alto con el 19,1%, seguido de México con el 17,6%. En América Central Belice presenta un registro del 12,7%, seguido de Costa Rica con el 10,5%. América del Sur presenta los registros más altos del hemisferio, destacándose Chile (33,4%), Uruguay (29,5%) y Argentina (28,7%). Entre los países del Caribe la prevalencia del último mes de consumo de tabaco más alta se registra en Jamaica (10%), seguido de Barbados (9,1%). El menor consumo de tabaco se observa en el Caribe</p>	<p><b>América del Norte</b> varió de 3,4% a 13,4%  <b>América Central</b> de 2,4% a 9,0%  <b>América del Sur</b> de 2,5% a 23,7%  <b>El Caribe de</b> 1,8% a 7,4%  <b>En total en el hemisferio</b> de 1,8% a 23,7%</p>	<p>En América Central El Salvador informó un registro del 12,1% y Panamá del 5,5%. Los registros más altos provienen de los países de América del Sur: Uruguay (24%) seguido de Brasil (21,6%).</p>
---------------	--	---	---

**Fuente:** Informe sobre consumo de drogas en las Américas, OEA, 2019

Podemos observar que, aunque los consumos varían según población, la droga más usada en las Américas es el alcohol cuyo consumo en población general varía desde el 9,5% al 50% según el país en donde se observa el consumo del último mes.

El consumo nocivo de alcohol genera problemas en la salud. En el año 2016 causó alrededor de 3 millones de muertes (5,3% del total de causas de muerte) en todo el mundo de los cuales 2,3 millones de muertes fueron de hombres y 0,7 millones de mujeres. La región que presentó mayor relación entre uso nocivo de alcohol y enfermedad y lesión, fue África, seguida por las Américas. Entre estas muertes el 28,7% se debió a lesiones, 21,3% a enfermedades digestivas, 19% enfermedades cardiovasculares, 12,9% enfermedades infecciosas y 12,6% debido a cánceres. Además, se estima, que 0.9 millones de muertes por lesiones fueron atribuibles al alcohol, 370 000 muertes por lesiones en la carretera, 150 000 por autolesiones y alrededor de 90 000 debido a la violencia interpersonal (OMS, 2018).

A nivel mundial, se estima que 237 millones de hombres y 46 millones de mujeres presentan trastornos por consumo de alcohol, con prevalencia de 14.8% en hombres y 3,5% en mujeres en la Región Europea y de 11.5% en hombres y 5.1% en mujeres en América (WHO, 2018).

OEA, (2019) indica que la droga más consumida en la región es el alcohol en donde el consumo problemático en la población general que bebió alcohol en el último año, oscila entre el 6,5% al 28,6%, y en tres países es superior al 20%.

OMS (2018) indica que reducir el uso nocivo de alcohol es vital para el desarrollo sostenible<sup>1</sup>, pues el uso nocivo de alcohol es uno de los principales factores de riesgo para la salud de la población en todo el mundo y tiene impacto directo en muchos de los objetivos de desarrollo sostenible ODS2030 en relación con la salud, incluidos los de salud materno infantil, enfermedades infecciosas (VIH, hepatitis viral, tuberculosis), enfermedades no transmisibles, salud mental, lesiones y envenenamientos.

La OMS (2018) indica que el uso nocivo de alcohol con frecuencia se relaciona con la profundización de las desigualdades, lo cual contraría a los ODS2030. Los daños asociados por una determinada cantidad de alcohol son mayores en poblaciones empobrecidas que en las que tienen recursos económicos.

Entre las medidas que han mostrado ser las más adecuadas para abordar los problemas asociados con el consumo de alcohol, incluyen el aumento de impuestos sobre bebidas alcohólicas, promulgar y hacer cumplir prohibiciones o restricciones integrales sobre exposición a publicidad de alcohol en múltiples tipos de medios, y restricciones a la disponibilidad física de alcohol minorista.

A su vez, la OMS (2018) indica la necesidad de investigación en relación a las medidas para abordar las enfermedades infecciosas como VIH,

---

<sup>1</sup>El desarrollo sostenible como la satisfacción de «las necesidades de la generación presente sin comprometer la capacidad de las generaciones futuras para satisfacer sus propias necesidades. (Comisión Mundial sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo (1987) *Informe Nuestro futuro común*)

tuberculosis, hepatitis viral y sexual. De igual manera es necesario investigar a mayor profundidad sobre los daños asociados al consumo de alcohol y las respuestas políticas más adecuadas. Los sistemas de salud pública deberían abarcar indicadores sobre consumo de alcohol, consecuencias sociales y para la salud, y respuestas de políticas y programas. A su vez, es fundamental la evaluación de las políticas, programas, proyectos en este tema y la evaluación y el seguimiento del consumo de alcohol no registrado (OMS, 2018).

Es importante también considerar la comorbilidad de la dependencia del alcohol y el tabaco. Así como la asociación del consumo de alcohol con el uso de otras sustancias psicoactivas como los opioides y los benzodiacepinas, para la prevención de muertes por sobredosis. De manera similar es necesario reflexionar sobre la asociación de usos de alcohol con el cannabis y su impacto en la seguridad vial (OMS, 2018). Por otra parte, es fundamental también mirar los usos de las otras drogas y sus propios retos y abordajes. En la tabla 2 se presenta un resumen de las prevalencias del último año en población general, estudiantes de secundaria y universitarios en las Américas: Marihuana, Cocaína, Tranquilizantes sin prescripción médica, Estimulantes. Es necesario mencionar que las prevalencias como indicador único para entender los consumos es pobre, sin embargo, es el indicador más usado aún en los reportes nacionales.

**Tabla 2.** Resumen prevalencias del último año en población general, estudiantes de secundaria y universitarios en las Américas: marihuana, cocaína, tranquilizantes sin prescripción médica, estimulantes

Droga	Prevalencias del último año en población general	Prevalencias del último año en estudiantes de secundaria	Prevalencias del último año en estudiantes universitarios
<b>Marihuana</b>	En América del Norte el consumo de marihuana se encuentra entre 14% en Canadá y los Estados Unidos y 2% en México. En América del Sur Chile presenta un	<b>América del Norte</b> varió de 9,1% a 22,6% <b>América Central</b> de 1,1% a 15,8% <b>América del Sur</b> de 0,9% a 32,8% <b>El Caribe</b> de 1,0% a 23,9%	En El Salvador y Panamá fue del 3,3%. En América del Sur Venezuela presentó el registro de consumo más bajo con 3,1%. Bolivia y Perú presentaron registros en torno al

	<p>consumo de marihuana del 14,5%, mientras que en Argentina y Uruguay es menor al 10%. Entre los países del Caribe Jamaica destaca con un registro del 15,5%, seguido de Barbados donde el consumo es levemente inferior al 8%. La prevalencia del último año de consumo de marihuana más baja se observa en Ecuador, Panamá, Paraguay y República Dominicana, con tasas inferiores al 1%.</p>	<p><b>En total en el hemisferio</b> de 0,9% a 32,8%</p>	<p>5%. Brasil y Ecuador presentaron tasas de consumo de 13,8% y 11,5%, respectivamente. La tasa de consumo de los universitarios de Colombia fue de 20,8% y la de Uruguay de 29,8%.</p>
<b>Cocaína</b>	<p>Los Estados Unidos tienen el nivel más alto de consumo de cocaína, con una prevalencia del 1,9%, seguido por Argentina y Uruguay (1,6%) y Canadá (1,5%). México, Costa Rica, Belice, Chile, Brasil, Colombia y Venezuela están en un rango intermedio de consumo de cocaína (más de 0,5% a 1,1%).</p>	<p><b>América del Norte</b> varió de 1,4% a 2,6%  <b>América Central</b> de 0,5% a 1,6%  <b>América del Sur</b> de 0,2% a 4,2%  <b>El Caribe</b> de 0,5% a 2,2%  <b>Hemisferio</b> de 0,2% a 4,2%</p>	<p>En Brasil, Colombia y Uruguay se registra la prevalencia más alta, en torno al 3%. En cinco países se registran prevalencias inferiores al 0,5%: Bolivia, El Salvador, Panamá, Perú y Venezuela.</p>
<b>Tranquilizantes sin prescripción médica</b>	<p>Es inferior al 2,2% siendo las más altas en Estados Unidos, Uruguay y Costa Rica</p>	<p>Los niveles de consumo varían del 1% a más del 9%. Tres países de América del Sur (Bolivia, Chile y</p>	<p>En Uruguay fue de 6,3%, llegando al 7,7% entre las mujeres. La prevalencia del último año de</p>

		<p>Surinam) y dos países del Caribe (Haití y República Dominicana) tienen las mayores tasas, que superan el 6%. En seis países se observa una prevalencia intermedia, que oscila entre el 3% y el 6%: Honduras, los Estados Unidos, Granada, Paraguay, San Vicente y las Granadinas y Uruguay</p>	<p>consumo de tranquilizantes sin prescripción médica entre los estudiantes universitarios fue inferior al 2% en cinco de los siete países analizados.</p>
<b>Estimulantes</b>	<p>En los Estados Unidos registró un 2,1% y en Canadá un 0,3. Costa Rica, con una prevalencia del último año del 1,7% El Salvador con el 0,4% y Panamá con el 0,05%. En América del Sur Bolivia y Chile presentan una prevalencia del último año de consumo del 0,3%, seguido de Argentina con el 0,1%. En el Caribe Jamaica reportó el 0,1%</p>	<p>En América del Norte sólo se dispone de la información de Canadá, cuyo registro es del 1%. En América Central el mayor consumo se informó desde Honduras con el 3,1%, seguido de Belice con el 1,6%. En América del Sur el mayor consumo fue informado por Bolivia con el 4%, seguido de Surinam con el 3%. Dominica registra el mayor consumo a nivel del Caribe y del hemisferio con el 6,4%, seguido por</p>	<p>En América Central el registro más alto se observó en El Salvador, con el 0,7%, seguido de Panamá con el 0,3%. <b>En los países de América del Sur el mayor registro fue de Ecuador con el 0,6%</b>, seguido de Colombia con el 0,4%, Bolivia con el 0,3% y Perú con el 0,2%.</p>



		República Dominicana con el 4,2%.	
--	--	-----------------------------------	--

**Fuente:** Informe sobre consumo de drogas en las Américas, OEA, 2019

En la tabla 2 se observa como varían los consumos del último año según droga, población, subregión y país. Llama la atención que el mayor consumo de estimulantes en población universitaria en América del Sur se registre en Ecuador. ONUDC (2014) en su informe “Amphetamine-Type Stimulants in Latin America” indica que es necesario investigar más sobre el uso de estimulantes en América Latina, pues no existe la suficiente diferenciación entre los estimulantes usados. Sin embargo, el informe indica que los estimulantes son usados principalmente en poblaciones jóvenes, lo cual concuerda con el análisis de prevalencias de OEA.

Según Naciones Unidas, oficina Crimen y Drogas (2019) en su reporte Mundial sobre Drogas, 35 millones de personas a nivel mundial presentan un desorden por el consumo de drogas, consumo problemático. En contextos de privación de libertad, el informe menciona que el consumo del último mes se presentó en el 19% de las personas. A su vez, en el informe de Naciones Unidas, se indica que alrededor de 0,5 millones de muertes al año son atribuibles al consumo de drogas, 350 mil hombres y 150 mujeres. Se estima que hay casi 11 millones de personas que se inyectan drogas, de las cuales 1.4 millones viven con VIH y 5.6 millones con hepatitis C.

### 4.3 Salud y consumo de drogas en Ecuador

El alcohol en Ecuador es la droga más consumida. Y según el III Estudio epidemiológico andino sobre consumo de drogas en la población universitaria, Informe Regional, 2016 realizado por Naciones Unidas, si se considera la totalidad de los universitarios, independientemente de si han o no consumido alcohol durante el último año, se observa que 24,2% en Ecuador, presentan una condición de uso riesgoso o perjudicial de alcohol, es decir consumo problemático. Lo mencionado implica es necesario contar con servicios para esta población. Sin embargo, según datos del Ministerio de Salud, que se encuentran en su información oficial, en su página web, en relación al listado

de los Centros Especializados en Tratamiento a Personas con Consumo Problemático de Alcohol y otras drogas (CETAD), el Ministerio tiene registrados 41 centros a nivel nacional, con la disponibilidad de aproximadamente 1200 camas. Según la Secretaría de Educación Superior (SENESCYT), en su documento “Educación Superior, Ciencia, Tecnología, Innovación y Saberes Ancestrales en Cifras en Ecuador”, se matricularon en Universidades el año 2016, 567. 854 estudiantes. Estos datos son relevantes pues dan una idea de la necesidad de atención en cuanto a consumos problemáticos que tiene el país.

Para entender de manera general los consumos de drogas en el Ecuador se presentan las tablas 3 y 4 en donde se indican las prevalencias en Ecuador del último mes en población general: Alcohol y Tabaco, y Prevalencias en Ecuador del último año en estudiantes de noveno de Educación Básica, Primero y Tercero de Bachillerato: Alguna droga ilícita, Marihuana, Cocaína, Pasta Base, Heroína, respectivamente.

**Tabla 3.** Prevalencias en Ecuador del último mes en población general: Alcohol y Tabaco

Droga	Prevalencia del último mes
Alcohol	41,3
Tabaco	31,5

**Fuente:** Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT), 2012

En la tabla 3 se presentan las prevalencias de consumo del último mes de las drogas alcohol y tabaco. En el caso del alcohol que es la droga más usada en la región. Si bien Ecuador, no registró el porcentaje más alto del 52% en Argentina y Uruguay como lo indica la tabla 1, su porcentaje está lejos de ser el más bajo como lo registró el Salvador con 9,5%.

**Tabla 4.** Prevalencias en Ecuador del último año en estudiantes de noveno de Educación Básica, Primero y Tercero de Bachillerato: Alguna droga ilícita, Marihuana, Cocaína, Pasta Base, Heroína

Droga	Prevalencia del año	Hombres	Mujeres
Alguna droga ilícita	12,65	16,71	8,46
Marihuana	9,57	13,2	5,85
Cocaína	2,30	3,10	1,37
Pasta Base	1,96	2,70	1,13
Heroína	2,51	3,10	1,82

**Fuente:** Encuesta Nacional sobre uso de drogas en estudiantes de noveno de Educación básica Primero y Tercero de Bachillerato, 2016

Es importante analizar de la tabla 4 que el 12,65% de la población estudiada ha consumido alguna droga ilegal en Ecuador, lo cual implica responsabilidad del Estado para acompañar esos usos para evitar riesgos y daños propios del consumo de drogas, y de la edad del consumo.

Por otra parte, la Secretaría Técnica de Drogas (SETED) en su Plan Nacional de Prevención integral y control del fenómeno socio económico de las drogas 2017-2021 indica que en el año 2015 se produjeron 8.693 fallecimientos relacionados al consumo de drogas en el Ecuador, lo que representa el 13,42% del total de fallecimientos a escala nacional. En este contexto, del total de muertes relacionadas al consumo de drogas en 2015, el 5,18% se atribuye a muertes directas, mientras que el 94,82% restante corresponde a muertes indirectas. Esta estimación concluye que el 72,94% de los fallecimientos están relacionados con el consumo de tabaco, el 25,38% con el consumo de alcohol, y el 1,68% con el consumo de otras drogas.

SETED en el Plan también menciona que en Ecuador se registraron en el 2017, desde enero a julio, 15.914 primeras atenciones ambulatorias, relacionadas al consumo o prevención del uso y consumo drogas. Del total de dichas atenciones, el 78,74% fueron en hombres (12.530) y el 21,26% en mujeres (3.384); mientras que la distribución por edades del total de las referidas primeras atenciones ambulatorias, se concentró en población entre 18 y 25 años de edad (38,30%). Con respecto al número de atenciones ambulatorias según tipo de droga, se indica que en el periodo mencionado

las atenciones por consumo de heroína representaron el 27,97% que se concentraron en el rango de edad de 15 a 17 años (46,14%) y de 18 a 25 años (46,88%). En casos de poli consumo, éstos representan el 16,72% del total (2.662), y se concentran en los grupos de 15 a 17 años de edad (31,14%) y de 18 a 25 años de edad (48,84%); finalmente, las atenciones por consumo de alcohol, representaron el 14,40% (2.292 atenciones). En el mismo sentido, se registra que los egresos hospitalarios relacionados con el consumo de drogas para el año 2015 fueron de 3.519 casos, de esa cifra, los egresos relacionados al consumo de alcohol representaron el 48%.

Según los datos del IV Estudio nacional sobre uso de drogas en población de 12 a 65 años realizada por el Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas (CONSEP) en el año 2014, el 23,6% de la población fue atendido por algún servicio médico de urgencias en los últimos 12 meses, de este porcentaje el 38,8% fue atendido en el servicio de urgencias de un hospital gratuito; 34,9% en servicios privados de urgencias y 28,2% en urgencias no hospitalarias gratuitas tales como centros de salud, casa de socorro o servicios autónomos de salud. Las razones de uso de los servicios médicos de urgencias mencionados fueron: 2,5% por infecciones u otros problemas de salud relacionados con el consumo de drogas ilegales solas o combinadas con alcohol o medicamentos; 1,9% por sobredosis o intoxicación por drogas ilegales; y 0,5% por borrachera o intoxicación por alcohol. El resto de atenciones médicas de urgencias fueron por otros motivos. En otro aspecto de salud, el 2% de la población estudiada alguna vez en la vida ha iniciado un tratamiento ambulatorio para dejar o reducir el consumo de alcohol o alguna otra droga y de este porcentaje el 9,9% ha iniciado un tratamiento de este tipo en los últimos 12 meses.

Un enfoque de salud pública, ante los consumos problemáticos, implica el acceso a tratamiento, reducción de riesgos y daños asociados al consumo de drogas como la sepsis, la sobredosis, entre otros. Lamentablemente, la perspectiva de salud pública en relación al consumo problemático de drogas aún debe trabajarse (Bevan Gez, 2009).

#### **4.4 Política de drogas y abordajes**

Para Babor, et.al., (2010) las políticas de drogas deben superar un enfoque punitivo y moralista, para un diseño desde la evidencia. Rolles, Murkin, Powell, Kushlick, y Slater, (2012) en su libro “The Alternative World Drug Report: Counting the costs of the war on drugs” indican que las políticas de drogas desde una mirada prohibicionista dificultan el abordaje de los consumos de drogas desde la salud pública y generan mayores daños a la salud. Los riesgos del consumo de drogas se incrementan entre ambientes y productos inseguros. Además, la mirada prohibicionista en relación al consumo de drogas impacta y obstaculiza en el trabajo de los profesionales de la salud para reducir los daños y no dañar. A su vez, esta visión impacta en mayor estigma y exclusión de las personas que consumen drogas, lo cual limita la atención en salud de las personas con consumos problemáticos de drogas.

Rolles, Murkin, Powell, Kushlick, y Slater, (2012) también mencionan que, como consecuencia de la guerra contra las drogas como política, se generan costos para la salud como es el incremento de los daños en salud de las personas que consumen drogas. Los mensajes que buscan generar miedo en los programas de salud, generan desconfianza en quienes consumen drogas y distancia con los espacios de tratamiento. De manera similar, el control de parafernalia para drogas inyectables puede generar su intercambio, lo cual incrementa el riesgo de transmisión de virus. A su vez, los controles sobre una droga, pueden generar el desplazamiento de uso hacia otras más riesgosas y menos reguladas. Así, ante la prohibición del opio fumado el consumo se desplaza hacia la heroína inyectable, los mercados de cocaína han evolucionado hacia la cocaína crack fumada o inyectada y, el mercado del cannabis ha avanzado hacia variedades más potentes (Rolles, Murkin, Powell, Kushlick, & Slater, 2012).

Murkin, Powell, Kushlick, y Slater, (2012) también se mencionan el incremento en los riesgos de sobredosis cuando las drogas son de potencia desconocida, lo cual ocurre desde la ilegalidad y la no regulación de las sustancias usadas. También existe riesgo de envenenamiento asociado con adulterantes utilizados para maximizar las ganancias de quienes venden estas sustancias desde la ilegalidad. Rolles et al., (2012) indican ejemplos de drogas

farmacéuticas para el tratamiento del cáncer, utilizadas como adulterante de cocaína en el 69% de la cocaína incautada en los Estados Unidos en 2009. También el uso de plomo en cannabis en Alemania, resultando en 29 ingresos hospitalarios por intoxicación por plomo en 2007.

La mirada prohibicionista, ante los consumos de drogas, afecta en cuanto generan contextos de inseguridad que agravan la salud de quienes consumen, y a su vez, limitan el acceso a servicios de reducción de daños en población general y en personas privadas de libertad (Rolles et al., 2012). A su vez, los prejuicios y estigma hacia las drogas ilegales y a quienes las consumen impactan en el acceso a medicamentos para el control del dolor, resultando en 5.500 millones de personas incluyendo 5,5 millones con cáncer terminal, que tienen bajo o nulo acceso a medicamentos opiáceos en el mundo.

Estudios han discutido sobre el cómo establecer políticas en el fenómeno de drogas que resulten adecuadas para la población. En este sentido Singleton y Rubin (2014) indican que para una gobernanza adecuada en políticas de drogas es fundamental 1) generar objetivos claros, realistas y consensuados, 2) liderar la política desde consensos sociales, 3) coordinar la política en todos los niveles de acción, 4) diseñar la política con base en la evidencia, 5) implementar la política con flexibilidad y con suficiente presupuesto, 6) evaluar la política y sus resultados, y 7) involucrar a la comunidad en todas las fases de la política de drogas. En este capítulo nos centramos en la salud y su relación con los usos y consumos de drogas.

La presencia de políticas nacionales es más alta entre los países que reportan altos ingresos (67%) y las más bajas entre países de bajos ingresos (15%). La responsabilidad principal de la política recae en el sector salud en un 69% de los países con una política nacional. A su vez la detección e intervención breve para el abordaje ante el consumo nocivo en atención primaria se limitó a los países de ingresos altos y medios altos (WHO, 2018).

El desarrollo y la implementación de la política de alcohol han mejorado a nivel mundial, pero todavía están lejos de lograr una protección efectiva de las poblaciones, es necesario que los abordajes y políticas se basen en

la evidencia de efectividad, costo-efectividad, y evidencia sobre los usos de drogas en general (OMS, 2018).

Para reducir el impacto del consumo de drogas en la seguridad vial OMS (2016) en su libro “Drug use and road safety: a policy brief”, sugiere investigación y controles sobre el consumo de drogas en las vías, legislación y la aplicación de la ley sobre el consumo de drogas cuando se conduce, establecimiento de umbrales y en general medidas que integren las políticas de drogas con la salud pública (OMS, 2016).

En el caso Ecuador, pese a los avances en la constitución del país, continúa una mirada prohibicionista y excluyente hacia las personas que consumen drogas, especialmente drogas ilegales. Salamat (2017) indica que existe discrepancia en las actitudes hacia las personas que usan drogas de los profesionales de la salud según la droga de uso. Además, las personas presentan distancia social hacia las personas que usan drogas (Luo, et.al., 2014). Esto está relacionado con un estudio realizado en Ecuador en el que se indica que la mayor dificultad de inclusión de las personas que usan drogas está en el área de contacto personal (Delgado y Brands, 2019). Este estudio indica que las personas tienen actitudes negativas hacia las personas que usan marihuana y cocaína. Sin embargo, el mismo grupo de personas indicaron tener actitudes positivas hacia las personas que usan alcohol (Delgado y Brands, 2019). La constitución ecuatoriana en su Art. 364 indica:

Las adicciones son un problema de salud pública. Al Estado le corresponderá desarrollar programas coordinados de información, prevención y control del consumo de alcohol, tabaco y sustancias estupefacientes y psicotrópicas; así como ofrecer tratamiento y rehabilitación a los consumidores ocasionales, habituales y problemáticos. En ningún caso se permitirá su criminalización ni se vulnerarán sus derechos constitucionales. El Estado controlará y regulará la publicidad de alcohol y tabaco. (Constitución de la República del Ecuador, 2008, pág., 112)

El informe de la de la sociedad civil ecuatoriana sobre la política de drogas y su impacto en los derechos sociales (Comité de Derechos Económicos,

Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, 2019) indica que se han incrementado los usos de heroína, lo que ha generado alertas en el sistema de salud pública. Sin embargo, el sistema no tiene cobertura para la atención integral de los consumos problemáticos de drogas. Esto genera que las personas tengan que recurrir a centros privados para su tratamiento, los cuales en su mayoría trabajan bajo comprensiones religiosas. Es importante mencionar que el Ecuador no cuenta con un registro total sobre los centros de tratamiento privados en el país, pues muchos operan desde la clandestinidad (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, 2019). Lo mencionado vulnera derechos y pone en riesgos la integridad y salud de las personas que consumen drogas.

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, (2019) menciona también que el consumo de heroína compuesta ha despertado las alertas del sistema de salud pública nacional, generando 33.831 atenciones ambulatorias en 2015. No obstante, el Estado no brinda una atención integral y cobertura nacional para el tratamiento de estas adicciones, violando el principio de disponibilidad que permite materializar a través del acceso público el derecho a la salud.

Por otro lado, El Informe Evaluación sobre Políticas de Drogas, Ecuador (2019) realizado por el Mecanismo de Evaluación Multilateral (MEM) de la Comisión Interamericana para el control del Abuso de Drogas (CICAD) indica que entre los estudios que Ecuador no realizó hasta la fecha están:

1) Registro de pacientes en centros de tratamiento, 2) Encuesta transversal en pacientes en centros de tratamiento, 3) Encuesta de pacientes en salas de emergencia, 4) Encuesta de poblaciones en conflicto con la ley, 5) Estudios de morbilidad relacionados con el consumo de drogas, 6) Estudios sobre condicionantes de género asociados al problema de las drogas. A su vez el informe menciona que, aunque existen avances en relación a garantizar calidad en atención a las personas con consumo problemático de drogas, el país no ha establecido ni mantenido relaciones de cooperación con organizaciones gubernamentales o no gubernamentales que proporcionan servicios de apoyo social y comunitario, con perspectiva de género, para la integración social de poblaciones vulneradas.



En el Informe Evaluación sobre Políticas de Drogas, Ecuador (2019) realizado por el MEM/ CICAD, también se indica que el país cuenta con el Plan Nacional de Prevención Integral y Control del Fenómeno Socio Económico de Drogas 2017-2021, en el cual están integrados varios Ministerios, sectores académicos, culturales, de la sociedad civil. A su vez, tienen competencias para asumir acciones concretas sobre el fenómeno de drogas en lo local en coordinación con el Ministerio de Salud y del Interior según sea el caso. En este aspecto, el informe indica acciones del Ministerio de Salud con apoyo de OEA/CICAD para asesoría y asistencia en la implementación de planes locales sobre prevención del consumo de drogas.

El MEM (2019) en su informe igualmente revela que Ecuador cuenta con políticas de reducción de la demanda que incluyen programas de prevención, tratamiento, e integración social. Sin embargo, no cuenta con evaluaciones de impacto de los programas de prevención del abuso de drogas. De la misma manera, el país no ha implementado medidas para reducir las consecuencias del consumo problemático de drogas para la sociedad y la salud pública.

El Informe Evaluación sobre Políticas de Drogas, Ecuador (2019) realizado por el MEM/ CICAD, también menciona que el país cuenta con mecanismos que facilitan el acceso y garantizan la calidad de los servicios de tratamiento, para la protección de los derechos de las personas con consumo problemático de drogas. Sin embargo, no tiene mecanismos para realizar de manera continua el monitoreo y evaluación de los resultados de los programas de atención, tratamiento e integración social.

#### **4.5 Usos y consumos de drogas**

El Ministerio de Educación de Ecuador, MINEDUC (2014) en su texto "Educación preventiva integral de los usos y consumos problemáticos de alcohol, tabaco y otras drogas en el sistema educativo nacional: Programa de participación estudiantil guía metodológica para docentes", indica que cada persona y sociedad da un significado particular a las drogas, en relación a sus contextos históricos, sociales, culturales, comunitarios, familiares. A su vez, cada droga es usada según necesidades y motivaciones individuales. Es así, que cada droga es usada según particularidades individuales (MINEDUC, 2014).

**Los usos de drogas** han acompañado al ser humano a lo largo de su historia, para la industria, usos ancestrales, culturales, terapéuticos (MINEDUC, 2014). Ante esta diversidad en usos, significados y contextos, los efectos que cada droga tenga en las personas y comunidades variarán y se explicarán desde la complejidad.

En los usos de drogas, la relación se establece por varias circunstancias y necesidades dentro de contextos sociales, culturales, políticos, comunitarios. Por ejemplo, en los usos de drogas con fines terapéuticos, se tratan condiciones de salud. En estos usos existe acompañamiento desde el sistema de salud y se dan para mejorar la salud de una persona. El cannabis medicinal es un ejemplo claro del uso médico de las drogas. Sin embargo, un estudio realizado en Canadá (*Prescribe with Caution: The Response of Canada's Medical Regulatory Authorities to the Therapeutic Use of Cannabis* por Ries (2015) indica que es necesario reformar las leyes de drogas para permitir el uso terapéutico del cannabis y garantizar que los programas de acceso médico funcionen para pacientes, como para sus proveedores de atención médica. El estudio indica también que, a pesar de su uso y fines para la salud, existen aún barreras para recetar y usar el cannabis con fines terapéutico, como el estigma hacia los pacientes y la visión de los profesionales de la salud (Ries, 2015).

Así también, los usos ancestrales, culturales deben ser entendidos en sus contextos, desde su simbolismo y significados, lo cual no resulta problemático. Un estudio de Barreto (2013) indica que muchas veces se miran los usos de plantas como la coca sin perspectiva histórica ni cultural y se vinculan indiscriminadamente el uso de las hojas de coca en las regiones de los Andes y Amazonía, con la cocaína. Esta vinculación genera un sesgo que ha sido construido a lo largo del tiempo y que eclipsa las raíces históricas y culturales del uso de la planta. Este sesgo se produce y profundiza por una mirada prohibicionista y legalista de las plantas, sin reconocer sus usos en contextos culturales.

Según Sharma (2004) existen varios presupuestos en relación a los usos culturales de las plantas catalogadas como ilegales, y analiza los usos

religiosos en Brasil, los culturales en Bolivia y Argentina con la hoja de coca, los usos culturales y para la agricultura del opio en Rajasthan, India, la bebida entre los norteamericanos nativos de Innu, entre otros.

Los usos industriales pueden tener repercusión positiva en la economía cuando se contemplan diferentes aspectos como los medio-ambientales. En este sentido un estudio indica que la próxima generación de productos manufacturados debe ser sostenible e industrialmente eco-eficiente, haciendo de los materiales derivados de plantas una alternativa de particular interés. El estudio menciona oportunidades del uso de cáñamo para la industria (Wretfors, Cho, Hedenqvist, Marttila, Nimmermark & Johansson, 2009)

Por otra parte, el Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas CONSEP, en su texto usos, consumos de drogas y prevenciones (2013) indica que el **consumo de drogas** se entiende desde diversas relaciones, comprensiones, patrones y realidades. El consumo de drogas hace referencia a las motivaciones socio-culturales que una persona establece con la droga o drogas en un momento determinado. Se entiende por consumo de drogas cuando este no está no está ligado a una relación de dependencia con las drogas, ni presenta repercusiones negativas en áreas importantes en la vida de quien las usa. La forma de uso, la cantidad, la droga, la calidad de la droga, las condiciones bio-psico-sociales y los contextos de cada persona puede generar menores o mayores riesgos y daños asociados.

De esta manera, CONSEP (2013) indica que **consumo problemático** hace relación a un estado de necesidad psicofisiológica que se expresa en el consumo compulsivo de drogas, lo cual produce deterioro en distintas áreas de la vida de quien las usa, del control del uso y alteración de la cognición. En los consumos problemáticos se subordinan aspectos socioculturales. MINEDUC (2014) menciona que el consumo problemático puede instaurarse para la resolución de una estructura interna que necesita ser enfrentada. Esto implica que los consumos problemáticos son síntoma de una estructura interna que requiere atención y trabajo en salud mental para su superación.

Sin embargo, es preciso considerar que el uso esporádico también podría devenir en problemático dependiendo del contexto. Un ejemplo de ello es el caso de alguien que decide experimentar con alguna droga en una cantidad que puede generar para la persona intoxicación o que, asimilada por el organismo genere daño por un único uso. La OMS indica, en este sentido, que existe un alto porcentaje de ingresos por intoxicación que no necesariamente se asocia a abuso o dependencia a alguna droga.

De igual manera, el consumo de drogas puede volverse problemático dependiendo de la capacidad del Estado para abordar los usos y consumos de drogas. Lo problemático del consumo de drogas tiene relación con las construcciones sociales sobre las personas que usan drogas, sus actitudes, imaginarios y forma de relaciones. Si la población estigmatiza los usos de drogas, se producen problemas en la inclusión y en el acceso a educación, salud y el goce de los derechos de las personas que consumen drogas. Los consumos problemáticos dependen de múltiples aspectos como sus condiciones bio-psico-sociales, sus contextos, las oportunidades de cada Estado (OMS, 2018).



*La "H" en Ecuador*

#### **4.6 Atención Integral en los consumos de drogas: prevención, reducción de daños, tratamiento e inclusión económica y social**

*“Prevención es tener a donde ir, tratamiento es encontrar la puerta abierta, fuera de eso, todo es reducción de daños”*

Domisiano Siqueira, (2011) en América Latina: debate sobre drogas: I y II Conferencias Latinoamericanas sobre Políticas de Drogas

EL abordaje en los consumos de drogas requiere una mirada integral, en un continuo de prevención, tratamiento, reducción de riesgos y daños asociados al consumo de drogas, e inclusión social y económica. Los aspectos mencionados son un continuo de relaciones, pues se espera que todos estos ejes de atención funcionen de manera articulada, sostenida en el tiempo, y sean evaluados desde la evidencia, para generar abordajes dentro de las buenas prácticas.

#### **4.7 Prevención en los consumos de drogas**

Los programas de prevención contemplan múltiples aspectos como el entorno, contextos, grupos etarios, riesgos específicos de la población entre otros.

Dentro del marco de lo preventivo se consideran factores de protección y de riesgo (Hawkins et al. 2002). Esto debe ser entendido de manera amplia, pues una mirada reduccionista podría comprender que estos factores son solamente individuales, familiares y, olvidar los contextos económicos y políticos en torno a los consumos de drogas. La OMS (2018) menciona que los consumos tienden a volverse más problemáticos en contextos de pobreza y desigualdad. En este sentido Teixeira Mendes, Mota Ronzani, y Santana de Paiva (2019) indican que el uso y abuso de drogas, a menudo se asocian erróneamente con sectores empobrecidos de la sociedad. Lo mencionado, incrementa su grado de vulnerabilidad y marginación. Los discursos punitivos criminalizan la pobreza, generan estigma vergüenza y la humillación. El estigma resulta en instrumento ideológico de dominación y perpetuación del status quo, siendo reproducida incluso dentro de las poblaciones excluidas y empobrecidas.

Entonces podemos reconocer que cuando hablamos de factores de riesgo y de protección debemos hacer un análisis crítico sobre las desigualdades, la justicia social, y la pobreza. Los ODS2030 contemplan la necesidad de superar la pobreza y trabajar por sociedades justas y equitativas. Por lo mencionado, es vital repensar las estrategias preventivas en los consumos de drogas, desde los derechos, acceso a servicios y equidad. Según las OMS (2018) una sociedad empobrecida es un factor de riesgo para el desarrollo de consumos problemáticos. Además, según la OMS (2018), los países empobrecidos no cuentan con suficientes políticas y programas de atención para los consumos problemáticos de drogas. En el caso Ecuador esto fue mencionado ya en el apartado anterior en el informe del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas (2019).

Es vital que se consideren aspectos como la edad, género, cultura, contextos (NIDA, 2014; Brody et al., 2008). Los retos para la vida y la convivencia varían en relación a la etapa de vida. En cada ciclo se presentan situaciones distintas que necesitan ser afrontadas. De igual manera, el género determinará el lugar que se le adjudique a una persona en el mundo, su acceso al disfrute de derechos, los roles adjudicados por la sociedad y los desafíos a afrontar. De la misma manera, los contextos culturales, determinarán los imaginarios, desafíos y oportunidades para la vida de cada persona.

Las políticas y programas de prevención de los consumos de drogas, deben abordar los consumos de drogas desde lo local y comunitario (Hawkins et al., 2002). Las realidades de los consumos de drogas varían dependiendo del contexto en los cuales se usen, cómo se las use, los imaginarios que existen hacia los usos y las drogas usadas en cada localidad. Los consumos problemáticos de drogas no son ajenos y desconectados de otros fenómenos, por ello es vital abordajes holísticos, flexibles y co-creados con la comunidad. Es importante considerar los diferentes niveles de intervención y generar programas en los diferentes ámbitos de acción como son escolar, familiar, juvenil, laboral y comunitario (Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad, 2015).

Dentro de los estándares para la implementación de programas de prevención de calidad se encuentra el evaluar y analizar las necesidades de una población (tipos de drogas consumidas, tasas y tendencias del consumo, edades de inicio, percepción del riesgo, factores culturales relacionados con el consumo de drogas, etc), evaluar las consecuencias de los consumos de drogas, conocer otros problemas de la comunidad que se relacionan con el consumo de drogas, comparar los datos locales con otros datos en el país y el mundo, identificar carencia de servicios para abordar los consumos de drogas, y analizar los recursos estatales con los que se cuentan (COPOLAD, 2012).

#### **4.8 Reducción de riesgos y daños**

Los usos de drogas son diversos, pues cada persona se relaciona con las drogas de manera diferente según sus necesidades, imaginarios, historia, contexto. Sin embargo, en los usos existen riesgos asociados que deben considerarse. Los riesgos varían según la droga usada, su frecuencia, el contexto del uso, las condiciones individuales de cada persona MINEDUC (2014). A su vez, tras los usos de drogas existen riesgos de exclusión social que se asocian a la forma de responder socialmente ante los usos y a los imaginarios que existan en la comunidad.

Stockings, et.al. (2018) realizaron un metaanálisis sobre las intervenciones dirigidas a toda la comunidad para reducir los daños asociados al consumo de alcohol y otras drogas, mediante movilización de líderes comunitarios, organizaciones y formuladores de política. La revisión se realizó desde el inicio de datos en las bases de datos CENTRAL, Embase, Medline, Medlinein Processy PsycINFO hasta agosto de 2017. Se incluyeron 24 ensayos de 63 publicaciones (n = 249 125 participantes). Los resultados indican pequeñas reducciones en el consumo de alcohol de riesgo, pero han tenido poco impacto sobre el consumo de alcohol en el último mes, consumo de marihuana durante 12 meses y los estudios han estado sujetos a un alto riesgo de sesgo. Los resultados implican que los programas que se centran en la comunidad en general no dan resultados importantes, siendo necesario implementar programas ajustados a las necesidades de cada grupo poblacional.

Van Schipstal, Mishra, Berning y Murray (2016) en su artículo *Harm Reduction from below: On Sharing and Caring in Drug Use*, realizado con base a estudios en Ámsterdam indican que las personas que usan drogas buscan el uso de ellas sin problemas y prácticas de reducción de daño desde abajo (desde los usuarios). El estudio mencionado sugiere reemplazar el enfoque ligado a la abstinencia por uno de reducción de daños. La educación sin valor deja poco espacio para la participación y la interacción entre pares, lo cual es importante para conocer las prácticas de consumo que se generan con normas y valores propios de cada contexto. La información entre pares es vital para minimizar los posibles riesgos y daños asociados al consumo.

Mencionan también que es vital reconocer la realidad sociocultural en los consumos de drogas para entender como los jóvenes toman decisiones sobre los consumos de drogas y la salud. De igual manera en el estudio se indica que los participantes mostraron preocupación por sus amigos/as; su seguridad y bienestar; la calidad de tiempo libre compartido; oportunidades de aventura, aprendizaje, probar nuevas cosas y la transgresión de límites. A su vez, los autores mencionan que los/as participantes se preocuparon por la calidad, pureza y dosis de las drogas. Los participantes, además, se preocuparon por compartir sus drogas, hogares y espacios de fiesta de manera que fueron los más propicios para evitar complicaciones. Las drogas y sus efectos están determinados por las prácticas de quien las usa y por las redes de interacción en las que ocurren. Por lo mencionado, los autores del analizado estudio recomiendan que la reducción de daños desde el Estado se involucre con las prácticas colectivas, materiales y afectivas de reducción de daños en constante evolución dentro de las comunidades que usan drogas.

Marlatt, Larimer y Witkiewitz (2012) en su libro *"Harm reduction. pragmatic strategies for managing high-risk behaviors"* indican que los profesionales de la salud que han promovido la reducción de daños señalan 1) que los usos no médicos de sustancias psicoactivas son inevitables en cualquier sociedad y las políticas de drogas no pueden basarse en la utopía de que los usos no médicos pueden ser eliminados, 2) los usos no médicos van a causar inevitablemente daños individuales y sociales, por lo que no es posible creer que las personas que usan drogas con fines no médicos, lo van a usar



siempre en contextos seguros, 3) la política de drogas debe ser pragmática por lo que no puede ser mediada por mensajes de lo que es bueno o malo, o mensajes confusos, 4) las personas que consumen drogas son parte de la comunidad, por lo tanto proteger la salud de quienes consumen drogas, es proteger la salud de toda la comunidad. Lo mencionado implica incluir a las personas que usan drogas en la comunidad en lugar de generar su exclusión y aislamiento, 5) los usos de drogas pueden generar diversos riesgos y daños, por lo cual es vital generar distintas intervenciones que aborden los diferentes riesgos y daños. Las intervenciones implican brindar atención en salud a las personas que consumen drogas y generar espacios seguros para el consumo de drogas, pues no es necesario reducir el consumo de drogas para reducir los daños. Los autores han detallado que la reducción de daños requiere de políticas basadas en la investigación en lugar de estereotipos.

Adicionalmente, Wiessing et.al, (2017) en su estudio “Monitoring quality and coverage of harm reduction services for people who use drugs: a consensus study” utilizaron métodos de consenso que incluyó reuniones de grupos nominales, revisión de los estándares de calidad existentes, rondas de comentarios por correo electrónico repetidas y análisis cualitativo de opiniones/ experiencias de una amplia gama de profesionales/expertos, incluidos miembros de la sociedad civil y organizaciones representando a las personas que usan drogas. En el estudio de Wiessing, et.al, (2017) se indica que pese a los avances en servicios a personas que consumen drogas en las últimas décadas, a nivel mundial la cobertura y calidad siguen siendo una deuda pendiente (Wiessing, et.al, 2017). Los programas de reducción de daños para las personas que consumen drogas pretenden mejorar los servicios sociales y de atención en salud para abordar riesgos como el virus de la inmunodeficiencia humana, la infección por el virus de la hepatitis C, problemas legales, sobredosis (muerte) y otras causas de morbilidad y mortalidad. Wiessing, et.al, (2017) proponen indicadores prioritarios para el tratamiento con agonistas opioides, los programas de agujas y jeringas, así como otros aspectos de los servicios de reducción de daños.

Los indicadores de buenas prácticas generados desde este estudio, resaltan la importancia de la cobertura, el tiempo en lista de espera, dosificación

y disponibilidad en los centros de rehabilitación social (cárceles). A su vez, se menciona la importancia de número de agujas y jeringas distribuidas y recolectadas; y la provisión de la parafernalia necesaria. Además, se considera vital el asesoramiento y atención sobre enfermedades infecciosas, revisar el uso de la naloxona, información adecuada y oportuna sobre sexo seguro y el uso de condones. La evidencia muestra que las principales barreras para el cumplimiento de estos indicadores son el financiamiento y la ideología (Wiessing, et.al, 2017). Por lo mencionado, es vital trabajar en la reducción del estigma y la transformación de los imaginarios sociales en relación a las personas que usan drogas, así como generar programas de reducción de daños basados en evidencia que tengan financiamiento suficiente.

En el caso de policonsumo Fernández, Díaz, Barratt, Palamar, Fernández-Calderón y Díaz-Batanero (2019) en su estudio “Harm reduction strategies related to dosing and their relation to harms among festival attendees who use multiple drugs” analizan el poli consumo en 1226 personas que han atendido a festivales. Los autores indican que las personas que consumen varias drogas son una población de alto riesgo de consecuencias adversas para la salud. El estudio realizado utilizó análisis bivariantes y multivariantes para explorar las relaciones entre seis estrategias de reducción de daños relacionadas con la dosificación y 13 consecuencias adversas auto informadas.

Los resultados del estudio indican que la reducción de daños relacionada con la dosificación fue frecuente, principalmente la evitación de mezclar depresores (69.2%) y establecer límites en la cantidad (62.2%). Las personas que usan frecuentemente estrategias de reducción de daños informaron que experimentaron menos consecuencias adversas para la salud, quienes establecieron límites en la cantidad tenían menos probabilidades de experimentar mal humor después del uso de drogas, dificultades sexuales bajo la influencia de drogas, lesiones o fracturas bajo la influencia de drogas, y participación en peleas o ser atacado mientras estaba bajo influencia de drogas. Además, las personas que indicaron evitar mezclar depresores tenían menos probabilidades de experimentar dolor de cabeza, pérdida de conciencia, disminución de la presión arterial, lesiones por fracturas y peleas o ataques. Por lo mencionado, Fernández, Díaz, Barratt, Palamar, Fernández-

Calderón y Díaz-Batanero (2019) concluyen que la adopción de estrategias de reducción de daños relacionadas con la dosificación parece estar asociada con un menor daño relacionado con las drogas entre personas con poli consumos y que asisten a festivales.

Por otra parte, la existencia de prácticas riesgosas relacionadas con el consumo de drogas dentro de las cárceles es una realidad en todas partes y es un problema importante para la comunidad en su conjunto. Michel (2016) en su estudio “Drug use in prisons: strategies for harm reduction (ANRS-PRIDE Program)” indica que el nivel de implementación de las medidas de reducción de daños que han sido recomendadas por la OMS y Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD) es frecuentemente pobre y revela poca preocupación por los problemas de salud pública en el entorno penitenciario. El autor realiza su estudio en Francia y manifiesta que la implementación progresiva de programas de reducción de daños en cárceles es factible, pero requiere tenacidad, objetivos simples a largo plazo, el apoyo de una autoridad científica, intervenciones pedagógicas para todas las personas y sectores involucrados, así como una discusión constante con las autoridades. Autores como Michel (2016) sugiere que la implementación de este programa en otros países es igualmente simple de administrar, y debe ser considerada para abordar los problemas de salud en contextos de cárcel.

Otra área importante de estudio para la reducción de daños, es el uso de drogas de estudio en estudiantes de educación superior. Estos usos han demostrado pese a su popularidad generar efectos negativos en la salud y aprendizaje. Por ello es importante que las instituciones de educación superior promuevan programas que superen la lógica prohibicionista y se enfoque en la reducción de daños. Un estudio realizado por Abelman (2017) en instituciones de educación superior en Norte América indica que los factores de riesgos para el consumo de las llamadas drogas de estudio incluyen baja percepción de satisfacción en los estudios y la necesidad de autoeficacia en el estudio, poca adaptación a necesidades especiales, dependencia de validación externa, bajo rendimiento académico, problemas de salud y conceptos erróneos sobre salud y academia (Abelman, 2017). Este estudio es importante pues según el Informe sobre consumo de drogas en las Américas, OEA, 2019, Ecuador es el

país con tasa más alta de consumo de estimulantes en población universitaria con 0,6%. El consumo problemático de drogas para el estudio, nos habla de las raíces de algunos consumos problemáticos que resultan para adaptarse al sistema actual. Es necesario revisar seriamente lo que entendemos por educación y replantearla desde un rol transformador y de bienestar para todas las personas.

Por otra parte, Watson, Strike, Challacombe, Demel, Heywood y Zurba, (2017) en relación a su experiencia en Canadá en la promoción de políticas y prácticas basadas en la recomiendan como buenas prácticas para los programas de reducción de daños conformar un equipo nacional multidisciplinario y garantizar que todas las personas miembros puedan contribuir al diseño de un proyecto de Estado, considerando financiamiento, revisión de mejores prácticas, tomar decisiones por consenso, generar espacios de colaboración digitales, inspirar a equipos locales para que puedan implementar proyectos locales, buscar el uso de tecnologías básicas para superar distancias geográficas, facilitar compromiso de las personas que participan e involucrar a las personas que puedan aportar desde experiencias de vida al proyecto del Estado para reducir los daños asociados al consumo de drogas (Watson, Strike, Challacombe, Demel, Heywood & Zurba, 2017).

El Programa de Cooperación entre América Latina, el Caribe y la Unión Europea en Políticas sobre Drogas, COPOLAD (2012) realizó un proceso de investigación que contempló 1) constitución de un grupo promotor del proyecto, 2) Análisis de experiencias y proyectos promovidos en diferentes países y regiones en la formulación de criterios de calidad relacionados con los programas de reducción de la demanda de drogas, 3) Identificación de los criterios de calidad utilizados en el contexto de los programas de reducción de la demanda impulsados por distintas instituciones y organizaciones sociales de América Latina y la Unión Europea. Esto implicó metaanálisis o revisiones sistemáticas disponibles en cada uno de los ámbitos abordados por él publicados en revistas científicas o disponibles en Cochrane Database.

Como resultado de este estudio COPOLAD (2012) indica que los estándares básicos para los programas de reducción de daños son:

- Las personas usuarias de un programa de reducción de daños reciben información clara y adaptada a sus capacidades de comprensión sobre los objetivos del programa, sus potenciales beneficios y los posibles riesgos (si los hubiese).
- El acceso o intercambio de equipos de inyección y la participación en programas de prevención de sobredosis no requerirá la firma de consentimiento informado de ningún tipo.
- Las personas usuarias de las salas de consumo supervisado firman un consentimiento informado sobre las condiciones de uso de la sala de consumo y los objetivos y riesgos que asumen por el consumo de drogas por propia iniciativa.
- Se garantiza la confidencialidad sobre los datos registrados a todas las personas usuarias que participen en programas de reducción de daños.
- No se exige el registro de dato alguno a las personas usuarias de los programas de intercambio de jeringuillas y del programa de dispensación de kits de Naloxona, que podrán mantener un absoluto anonimato sobre su participación en este tipo de programas.
- Los requisitos, tanto formales como de carácter técnico, establecidos para el acceso a los programas o servicios son mínimos.
- La prestación del servicio no está condicionada a la identificación previa de las personas usuarias del mismo, ni a otras formalidades (disponer de documentación, residencia legal en el país, excepto en los programas de mantenimiento con sustitutivos).
- La información requerida a las personas beneficiarias de los servicios se limitará a la estrictamente necesaria para una adecuada atención de los mismos.
- Los horarios de funcionamiento apertura de los servicios son amplios y coinciden con las necesidades de las personas usuarias.
- Las razones de tipo económico no son un obstáculo para que las personas potenciales usuarias puedan beneficiarse de los programas.
- La participación en las distintas actividades de reducción de daños es solicitada voluntariamente por las personas destinatarias.
- La provisión de fármacos sustitutivos se realiza en centros de tratamiento de la red de atención.

- Se contempla el acceso a las distintas modalidades de tratamiento farmacológico (metadona, buprenorfina, etc.) existentes y autorizadas a nivel administrativo por las autoridades competentes.
- Se oferta el sistema de “dosis para llevar” para pacientes estabilizados, tratando de minimizar la derivación de sustitutivos al mercado ilícito y los eventos no deseados (accidentes, sobredosis, etc.).
- Los programas de mantenimiento con sustitutivos son ofertados a poblaciones especiales, tales como personas en centros penitenciarios.
- Dispensación de material de inyección en farmacias.
- Acceso gratuito a materiales de inyección.
- Las salas de consumo supervisado disponen de espacios diferenciados para distintas modalidades de consumo (parenteral, inhalatorio, etc.).
- Se valora de manera individual la participación de menores de edad en algunos programas de reducción de daños.
- La gestación es considerada un criterio de inclusión preferente en programas de mantenimiento con sustitutivos que administran metadona.
- Los equipos asistenciales garantizan la realización de desintoxicación de los pacientes que lo solicitan voluntariamente con el objetivo de abandonar los programas e incorporarse a otros de mayor exigencia.
- La condición de gestante no constituye un obstáculo para acceder a equipos de inyección estériles.
- Se contempla el acceso de personas gestantes a salas de consumo supervisado en los casos de intentos fallidos de derivación a otros recursos sanitarios.
- La composición de los equipos que intervienen en reducción de daños se adapta a las necesidades de la población destinataria y al tipo de programa realizado.
- Los servicios que realizan actividades relacionadas con la reducción de daños disponen de protocolos de cooperación y coordinación con otros servicios asistenciales para la derivación de pacientes con el objetivo de atender a sus necesidades.
- Se procura la implicación de interlocutores comunitarios clave (asociaciones vecinales, ayuntamientos, policía, usuarios, etc.) en la planificación de servicios de reducción de daños.

- En el contexto de los programas de reducción de daños se realizan acciones dirigidas a la comunidad, para evitar la estigmatización de las personas usuarias de los recursos y favorecer el acceso a los mismos.
- Existen acuerdos de colaboración con las fuerzas de orden público para garantizar la seguridad en el entorno de este tipo de centros y promover una mayor aceptación por parte de las comunidades en donde se ubican.
- La participación en programas de reducción de daños tiene como objetivo prioritario la reducción de conductas de riesgo relacionadas con la dependencia a las drogas.
- Las personas participantes en programas de reducción de daños son evaluadas en cuanto a su estado de salud y necesidades derivadas.

Los indicadores mencionados son básicos en los programas de reducción de daños, sin embargo, existen consideraciones específicas según el programa, la población, la droga. Por ello es vital que el sistema de salud conozca de manera profunda su población, las drogas consumidas y sus principales daños. El conocimiento de los daños asociados al consumo de drogas en cada población permitirá el diseño de programas ajustados a las necesidades de su comunidad. Es vital, que la reducción de daños se piense de manera colectiva y consensuada para evitar estigmatización y exclusión de las personas que accedan a estos servicios.

#### **4.9 Tratamiento para las personas con consumos problemáticos**

El tratamiento para las personas con consumos problemáticos debe ser accesible, flexible, adaptada a las necesidades de la población. Si bien, no toda persona con consumos problemáticos debe decidir un proceso de tratamiento, este debe ser una opción lo suficientemente ajustada a sus necesidades. El tratamiento debe concebirse de manera integral y articulada, considerando las realidades y necesidades específicas de cada población, género, cultura, edad, droga de consumo entre otros aspectos (Sinakhone, Hunter & Jason, 2017).

Una investigación realizada en Noruega por Nesvaag y Lie, (2010) indica que el sistema de atención está aún fragmentado, lo cual impide tratamientos

efectivos. Las contradicciones entre la asistencia desde el sistema de salud y el sistema social devienen en respuestas inefectivas (Nesvaag & Lie, 2010). Es vital que el abordaje terapéutico se genere desde la conexión de todos los sistemas del Estado.

En relación a las buenas prácticas en el abordaje desde la salud de las relaciones de dependencia con las drogas, Aikins, (2015) en su estudio *From recreational to functional drug use: The evolution of drugs in American higher education, 1960–2014*, se considera vital: 1) el empoderamiento y colaboración reflexiva de las personas en tratamiento es vital para el abordaje, 2) conocimientos y habilidades sobre lo que la evidencia demuestra como buena práctica, como son las entrevistas motivacionales, terapia cognitiva y reducción de daños, 3) servicios específicos para mujeres, con personal femenino y capacitado para abordar los consumos de droga con relación de dependencia, 4) espacios físicos seguros y acogedores, 5) la seguridad de las personas en tratamiento así como la confidencialidad, es fundamental, 6) los servicios contemplan las necesidades específicas de las mujeres embarazadas y/o con hijos (Aikins, 2015).

Es importante realizar acercamientos con los espacios y servicios que las personas con relación con dependencia a las drogas usan, para reducir los imaginarios negativos que podrían generar exclusión. De igual manera, el equipo de atención debe ser multidisciplinar, con una comprensión flexible y oportuna para la atención (Aikins, 2015).

En el tratamiento es vital realizar una evaluación que permita comprender a profundidad las necesidades de las personas con consumos en relación de dependencia con las drogas, determinando las prioridades de trabajo y las necesidades inmediatas a ser cubiertas. A su vez es necesario que los tiempos y aspectos del proceso sean acordados y contruados con las personas que asumen su proceso terapéutico (Aikins, 2015). De manera similar, los consumos de drogas dentro del proceso de tratamiento para la dependencia a las drogas, debe ser mirado como una parte del camino y una oportunidad para revisar objetivos y realidades de la persona en proceso (Aikins, 2015).



### ***Enfoque diferencial***

En el tratamiento para las personas con consumos problemáticos es vital considerar las barreras como son el acceso, la admisión, el abordaje del estigma por género y por otras circunstancias de vida. Es fundamental mirar desde las diferencias por género, etnia, cultura, droga de consumo, etapa de vida, las diversas necesidades en cuanto a tratamiento.

Danovitch y Mooney (2018) en su texto mejores prácticas sobre el tratamiento de las adicciones indica que en el caso del alcohol, aunque su existencia es la mayor en relación a otras drogas, los servicios de tratamiento no son los suficientes y que, si bien existen casos leves, la mayoría de las relaciones de dependencia con el alcohol son de moderadas a graves. En el caso del alcohol, los autores recomiendan el uso de plataformas online para ayuda a las personas en relación de dependencia con el alcohol y a sus familias a identificar alternativas de autocuidado. La evidencia indica también, que la atención en el caso del consumo problemático de alcohol debe considerar intervenciones psico-sociales y en algunos casos farmacológicas. A su vez, es importante brindar varios tipos de servicios para el abordaje terapéutico en las relaciones de dependencia con el alcohol y los consumos problemáticos para que, según las necesidades individuales, la persona pueda elegir el servicio que mejor se acople a su estilo de vida y requerimientos. Los abordajes terapéuticos que la evidencia indica son los más eficientes son los conductuales y farmacológicos, sin embargo, cada persona tiene el derecho de tener a su disposición diferentes espacios para su proceso terapéutico con diferentes abordajes y comprensiones.

En cuanto al tratamiento consumos problemáticos de cannabis, la evidencia indica que la abstinencia se logra en menos del 20%, sin embargo, este no necesariamente es el objetivo en un abordaje terapéutico integral (Danovitch, & Mooney, 2018), esto autores en su artículo "The Assessment and Treatment of Addiction: Best Practices and New Frontiers" señalan que es preferible caminar hacia una reducción moderada. No obstante, la evidencia de los resultados en cuanto a la reducción moderada a largo plazo es desconocida. Los autores mencionan que en algunas poblaciones se encuentran relaciones de comorbilidad psiquiátrica las cuales requieren

mayor estudio y profundización. Danovitch y Mooney, (2018) indican que los programas de doce pasos, (en los que personas que han dejado de consumir drogas generan grupos de apoyo para personas que aún consumen drogas) son los que están disponibles en casi todo el mundo. Sin embargo, su papel y eficacia no han sido analizados desde la evidencia científica. Los autores indican también que, no existen actualmente tratamientos farmacológicos efectivos comprobados y disponibles (Danovitch, & Mooney, 2018).

En cuanto a psicoterapia, las terapias combinadas han demostrado ser las más efectivas, particularmente las intervenciones motivacionales, mejorar el compromiso terapéutico, habilidades para afrontar posibles nuevos usos, así como, intervenciones digitales para aumentar la accesibilidad y, reducir barreras (Danovitch, & Mooney, 2018). Es importante mencionar que éstas últimas se encuentran en las primeras fases de desarrollo e investigación. Otra opción para reducir barreras son las atenciones telefónicas y por redes sociales, que se realizan principalmente para atención primaria. Finalmente es esencial recalcar la necesidad de investigación en este tema, desde varias aristas como son los imaginarios, los significados de las relaciones de dependencia, mecanismos neurobiológicos, consideraciones familiares y sociales (Danovitch & Mooney, 2018).

Según Danovitch y Mooney, (2018) el caso de la relación de dependencia con los opioides, las consecuencias para la salud están aumentando en prevalencia. Los principales abordajes se realizan con farmacoterapia debido a que los resultados, sin medicación, han demostrado ser pobres. A la farmacoterapia, la evidencia indica que se observan resultados eficaces con terapia psicológica conductual, y el tratamiento de condiciones de salud que pueden asociarse (Danovitch & Mooney, 2018).

La maternidad en el caso de las mujeres implica una barrera pues muchas no acceden a servicios de salud por la dificultad de dejar a sus hijos Aikins, (2015). En el caso de mujeres es vital abordar el ámbito financiero, empleo, educación del empleador y políticas flexibles (Sinakhone, Hunter & Jason, 2017), así como trabajar en el miedo, la culpa y la vergüenza, más sin son madres o se encuentran embarazadas. Esto debido al rol delegado por

razones de género a la mujer, lo que genera mayor reproche social por el consumo de drogas, siendo aún más profundo si las mujeres son madres (Aikins, 2015).

Además, Aikins, (2015) indica que el abordaje terapéutico debe construirse considerando todas las dificultades que trae la persona al proceso, dedicando particular atención en el abordaje del trauma, el estrés post traumático y la depresión (principalmente en el caso de las mujeres). Es preferible que los programas se implementen por género, incorporando consejería motivacional y reducción de daños, principalmente en mujeres embarazadas y/o con hijos. En los casos en los que los programas no puedan ser implementados exclusivamente por género, se recomienda balance en el número de personas dentro de un grupo terapéutico considerando el género. De igual manera, es importante que la salud física y mental sea vista de manera integral e integrada en todo el proceso terapéutico. Es fundamental centrar la mirada en el bienestar de las personas que se encuentran en el proceso, en donde éste será el objetivo central

En el caso de mujeres embarazadas es además importante considerar servicios de cuidado para sus hijos, asesoría legal para que su tratamiento no sea causa de pérdida de custodia de sus hijos de manera automática, programas accesibles y adecuados para sus hijos/as, prioridad en los accesos de atención, apoyo para superar el estigma, estrategias de reducción de daño, promoción de relaciones armónicas que permitan maternidades y paternidades adecuadas y un trabajo articulado con los servicios a los que acceden los hijos/as de las personas con relación de dependencia con las drogas. Es vital que todo el proceso sea monitoreado y evaluado, desde las personas que hacen uso de los servicios, los profesionales y los sistemas (Aikins, 2015).

Además del caso de las mujeres, los jóvenes y las personas pertenecientes a minorías o a etnias excluidas deben ser consideradas como poblaciones prioritarias, ante lo cual la atención debe eliminar las barreras de acceso, estigma, y abandono de los procesos terapéuticos por falta de servicios flexibles y adaptados a sus propias necesidades (Currie, 2001). Los procesos terapéuticos deben ser individualizados, flexibles, orientados a las metas de la

persona que atraviesa el proceso, multidimensionales e incorporar a familiares, pares y comunidad en general en el proceso para reducir el estigma y abordar las preocupaciones que podrían resultar en falta de comprensión sobre el tema. Los procesos deben realizarse en el marco del respeto absoluto a la historia de la persona que se encuentra en proceso terapéutico, considerando el bienestar físico, emocional, espiritual de las personas. En el caso de poblaciones jóvenes es esencial la confianza de los profesionales de la salud en la persona y su proceso, motivarlo para la realización de otras actividades como el deporte y arte como complemento en su proceso, y enfocarse en las potencialidades y oportunidades de cada caso como modelo de intervención (Currie, 2001).

En relación a los estándares básicos para el tratamiento de las personas con consumo problemático COPOLAD (2012) menciona como fundamentales:

- El centro o servicio de tratamiento cuenta con licencia de apertura, funcionamiento y dispone de autorización otorgada por las autoridades competentes para operar como centro especializado en el tratamiento de las personas con consumo problemático.
- El centro o servicio cumple las exigencias que la legislación del país establece, bien con carácter general para cualquier centro de salud o social, bien en el caso de los tratamientos de las drogodependencias (existencia de un equipo técnico básico, condiciones de seguridad y salubridad, ausencia de barreras físicas, etc.).
- El programa o centro de tratamiento cuenta con la aceptación y respaldo de la comunidad donde va a implementarse, o al menos de una parte relevante de las instituciones y organizaciones sociales presentes en el ámbito donde se implementa el programa.
- Se garantiza el derecho de las personas que tienen una relación de dependencia con las drogas a recibir un tratamiento adecuado, prestado por centros y servicios debidamente acreditados.
- El programa o centro de tratamiento reconoce a los pacientes que acceden al mismo los siguientes derechos:
  - Al acceso a las prestaciones y servicios de tipo sanitario, psicológico y social que integran el proceso asistencial en unos plazos definidos y conocidos.

- A la libre elección entre las diferentes ofertas terapéuticas disponibles con una eficacia reconocida, con el pertinente asesoramiento técnico.
- A ser atendidos en función de sus necesidades y en condiciones de igualdad.
- A la voluntariedad para iniciar y cesar un proceso terapéutico.
- A la información sobre la naturaleza y el contenido del tratamiento, así como de los riesgos y beneficios que pueden esperar.
- A la información sobre los distintos servicios que puede recibir en el centro de tratamiento, así como en los restantes recursos asistenciales a los que se puede acceder para el tratamiento de su condición de salud.
- A conocer la normativa del centro en todos aquellos aspectos que puedan afectarle.
- A conocer el nombre y cualificación profesional de las personas encargadas de su asistencia.
- A la información, verbal o escrita, respecto del tratamiento propuesto por el equipo terapéutico y las razones que aconsejan el mismo.
- A información completa, comprensible, continuada, verbal y escrita, sobre el proceso de tratamiento que esté siguiendo.
- A que quede constancia por escrito o en otro soporte técnico de todo su proceso asistencial, información que deberá ser integrada en la historia clínica.
- A que conste por escrito el consentimiento otorgado antes de practicar cualquier procedimiento diagnóstico o terapéutico que suponga riesgos o inconvenientes para su salud, a obtener copia del documento y a revocar libremente por escrito, en cualquier momento, el consentimiento previamente otorgado.
- A ser advertido de si los procedimientos diagnósticos o terapéuticos que se le apliquen son de carácter experimental o de si pueden ser utilizados en proyectos docentes o de investigación, que en ningún caso podrán comportar peligros adicionales para su salud y requerirán de su previa autorización, sin que su rechazo pueda implicar ninguna discriminación en la asistencia a recibir.

- A la confidencialidad de toda la información relativa a su proceso asistencial. Derecho que se incluye la prohibición de registrar imágenes o grabaciones de audio sin la autorización previa por escrito de la persona que accede al proceso terapéutico.
- Al escrupuloso respeto a la normativa legal en vigor en materia de protección de datos de carácter personal.
- A que no se revele información relativa a su evolución o de su participación en el tratamiento a ningún individuo (incluidos familiares), ni autoridad, sin su consentimiento previo.
- A que se le asigne, entre el equipo técnico encargado de su tratamiento, a un “profesional de referencia”, responsable de coordinar e integrar las actuaciones del equipo asistencial y de garantizar el derecho a la información asistencial.
- A la firma de un contrato terapéutico que explicita el contenido y la justificación del tratamiento a desarrollar y los derechos y obligaciones que le son de aplicación.
- A recibir un informe de alta, una vez finalizado el proceso asistencial
- Se reconoce el derecho de los pacientes a la información sobre los siguientes aspectos clínicos del tratamiento:
  - Su diagnóstico, pronóstico y las posibilidades terapéuticas existentes para la superación de los trastornos objeto de intervención.
  - El contenido del tratamiento propuesto.
  - Los objetivos perseguidos por las diferentes actividades que se desarrollan en el contexto de los distintos programas terapéuticos.
  - En caso de que se pretendan desarrollar tratamientos farmacológicos, el tipo de fármaco que les ha sido prescrito o se les administra, así como sus dosis.
- Los pacientes que siguen tratamientos de carácter residencial tienen derecho al contacto con familiares o allegados y a recibir visitas de ellos.
- El programa asegura que el tratamiento resulta accesible, atendiendo a su ubicación y facilidad de acceso mediante el uso de transporte público, para todas aquellas personas que lo requieren.

- El programa oferta variedad de modalidades y opciones terapéuticas para poder atender las distintas demandas y expectativas de los potenciales usuarios del mismo.
- El contenido de la cartera de servicios prestados en el marco del programa/servicio de tratamiento es difundido entre los potenciales beneficiarios del mismo y las entidades y profesionales que están en contacto con personas con problemas de abuso o dependencia a las drogas.
- El programa facilita tratamiento en un horario amplio, para permitir su acceso a pacientes en distintas situaciones familiares o laborales.
- El programa contempla distintas vías de acceso al tratamiento
- El tratamiento se dispensa a las personas que demandan el mismo en un breve plazo de tiempo, establecido previamente por el propio centro.
- El programa es accesible a todas las personas con problemas de abuso o dependencia a las drogas, con independencia de su nacionalidad, estatus legal en el país, drogas consumidas, patrones de consumo o experiencias, evolución en tratamientos previos u otras condiciones de salud.
- Existen unos criterios de indicación terapéutica, definidos y escritos, basados en un diagnóstico biopsicosocial.
- Los centros y servicios disponen de estrategias específicas para reducir las barreras al tratamiento en función del género.
- Se regulan de forma específica las condiciones para la participación de los menores de edad en los tratamientos.
- El centro de tratamiento cumple los requisitos mínimos fijados por la normativa local, regional y nacional en cuanto a la suficiencia del personal en número y formación y en lo relativo a su vinculación jurídica/laboral.
- El programa establece ratios de profesionales disponibles de distintas categorías (médicos, psicólogos, trabajadores sociales, etc.) en función del número de pacientes en tratamiento.
- Los centros deberán contar con un director de reconocida competencia, que deberá poseer titulación de grado superior o de grado medio en las ramas de Salud, Psicología, Trabajo Social, Educación u otras disciplinas afines.

- Todos los profesionales que formen parte del equipo multidisciplinar poseen experiencia y formación específica reconocida en materia de drogodependencias.
- La dotación mínima de personal terapéutico por tipo de recurso, que en todo caso deberá ajustarse a la capacidad y actividad asistencial del centro
- A la hora de determinar la composición del personal de los servicios, se tiene en cuenta las características (sexo, composición racial y étnica) de la población que accede a tratamiento a los mismos.
- Hay personal cualificado disponible, ya sea en el mismo lugar donde se desarrollan los programas de tratamiento o de guardia, en todo momento durante el tratamiento.
- Se dispone de personal de apoyo para preservar la seguridad de los pacientes y del personal.
- Las instalaciones donde se desarrolla el programa de tratamiento son adecuadas para asegurar:
  - El logro de los objetivos terapéuticos (espacios adecuados para el desarrollar las actividades individuales y grupales, incluidas en la Cartera de servicios del centro de tratamiento).
  - El bienestar de los pacientes.
  - La seguridad de los pacientes y de sus pertenencias.
  - La privacidad de los pacientes atendidos.
  - Las instalaciones están dimensionadas para atender un número máximo de pacientes.

La atención integral en las relaciones de dependencia con las drogas requiere considerar estándares básicos de calidad como los mencionados, los derechos de las personas atendidas y centrar el proceso en el bienestar de la persona cuya condición de salud requiere atención.

#### **4.9 Inclusión Social y Económica**

La inclusión social y económica ante los consumos de drogas, además de ser un derecho, es fundamental para la salud pública. El estigma, la exclusión, generan como se ha mencionado anteriormente barreras para el acceso a la salud. Los riesgos de exclusión deben ser abordados desde la



integralidad y el respeto a los derechos. La fundación Procrear en su texto publicado en el 2007, "Hacia un modelo de inclusión social para personas consumidoras de sustancias psicoactivas", indica que la abstinencia no debe ser requisito para que las personas accedan a programas y servicios de inclusión social. Se requiere contemplar alternativas que permitan incluir otras modalidades, como la reducción de daños. Reconocer al ser humano como un ser de derechos, decisiones, circunstancias, es un aspecto fundamental que permitirá transformar el pensamiento colectivo sobre el tema. Es importante reformular imaginarios que estigmatizan a las personas que usan drogas y los clasifican en categorías de delincuencia y violencia. Para el desarrollo idóneo, es indispensable buscar que los recursos se articulen para producir las condiciones mínimas de atención y de respuesta a las demandas y las necesidades. Abordar el fenómeno de drogas desde la complejidad invita a mirar todas las dimensiones de la temática y sus contextos, uno de ellos lo familiar, elemento importante en el desarrollo de procesos de exclusión, así como oportunidad para la superación de las exclusiones (Procrear, 2007).

Así mismo, Buchanan (2006) menciona que el consumo problemático de drogas es más que una complicación médica fisiológica. El autor indica que los consumos problemáticos tienen causas y soluciones que tienen que ver con factores socioeconómicos. El autor analiza las conexiones entre los consumos problemáticos en Reino Unido y la desindustrialización y la disminución de oportunidades para los jóvenes que no tenían acceso a la educación y se les considera mano de obra no calificada. Buchanan (2006) menciona que las etiquetas y percepciones hacia las personas con consumos problemáticos, tienen un impacto negativo en su tratamiento y su inclusión social.

Incluso Uggen y Shannon (2014) en un estudio realizado en Estados Unidos sobre la relación entre la inclusión laboral de personas con consumos problemáticos y la reducción del crimen, demuestra que, aunque la ocupación laboral no contribuye al no consumo de drogas, disminuye en 30% el crimen relacionado con el consumo de drogas. Los autores invitan a la reflexión sobre una vía media entre el no consumo y el consumo problemático, que implica la reducción de daños asociados al consumo. Desde lo mencionado, es fundamental pensar en políticas y programas de inclusión económica que

no se limiten por el consumo de drogas y permitan la inclusión de personas con consumos problemáticos, pensando en la mayor funcionalidad y menores daños, más que en la abstinencia.

En este sentido subsisten grandes retos, pues la evidencia indica que existe aún gran estigma hacia las personas que consumen drogas. Salamat (2017) indica que coexiste discrepancia en las actitudes hacia las personas que usan drogas de los profesionales de la salud según la droga de uso. Además, las personas presentan distancia social hacia las personas que usan drogas (Wang, et.al., 2014). Vale decir, que esto está relacionado con un estudio realizado en Ecuador en el que se indica que la mayor dificultad de inclusión de las personas que usan drogas está en el área de contacto personal (Delgado y Brands, 2019). Este estudio indica que las personas tienen actitudes negativas hacia las personas que usan marihuana y cocaína. Sin embargo, el mismo grupo de personas indicaron tener actitudes positivas hacia las personas que usan alcohol (Delgado y Brands, 2019). Las actitudes hacia las personas que usan drogas median su inclusión y desarrollo.

Room, (2005) indica que existe gran carga de simbolismo alrededor del consumo de drogas ilegales. Por lo que los procesos de estigmatización incluyen a la familia, instituciones sociales y del estado. El estigma genera mayores problemas de salud, sociales, accidentes, intoxicación. Desde los estudios en salud mental se evidencian los efectos negativos del estigma, sin embargo, desde los estudios de criminología el estigma es asociado a una forma “benigna” de control social (Room, 2015). La pobreza agrava los consumos de drogas, y si a esto se le suma el estigma y la marginación, los efectos se profundizan. Por esta razón, Room (2015) indica que las personas que consumen alcohol u otras drogas son marginadas con frecuencia y desproporcionalmente, lo cual genera resultados adversos.

Incluso, Evans-Lacko et.al., (2014) indican que el estigma y la exclusión social relacionados con la salud mental son de gran importancia para la salud pública en Europa. En el estudio “Understanding problematic drug use: a medical matter or a social issue?”, que sistematiza lo investigado sobre estigma y la exclusión social en toda Europa, indica que existe escasos

de investigaciones que busquen mecanismos para reducir el estigma y promover la inclusión social, o factores que puedan promover la resiliencia o proteger contra el estigma / exclusión social a lo largo de la vida. Además, Evans-Lacko, et.al. (2014) indican que la evidencia también es limitada en relación con las evaluaciones de las intervenciones. En este sentido aún es necesario investigar sobre inclusión social para las personas con consumos problemáticos de drogas.

Así mismo, March, Oviedo-Joekes & Romero (2006) resaltan que las condiciones personales, sociales y económicas están relacionadas en un proceso de exclusión social que agrava el problema del consumo problemático de drogas. Los autores indican en su estudio "Drugs and social exclusion in ten European cities" la necesidad de programas específicos dirigidos a grupos específicos, es decir, se deben establecer estrategias distintas, en línea con el perfil y las necesidades del paciente en cada contexto.

Es necesario destacar que Buchanan y Young (2000) en su artículo "The war on drugs—a war on drug users" que utilizó metodología cualitativa en Reino Unido, involucrando a 200 personas con consumos problemáticos de drogas, indica que la política de guerra contra las drogas somete a las personas con consumos problemáticos de drogas a procesos estigmatización, marginación y exclusión social. A su vez, el artículo indica que esta mirada de prohibición obstaculiza el tratamiento y la inclusión social y económica de las personas con consumos problemáticos de drogas, por lo cual quienes consumen drogas permanecen en ciclos cerrados de consumo de drogas y exclusión.

Un aspecto importante a considerar para la inclusión es involucrar a las personas que han usado drogas, con sus pares, en la toma de decisiones y el desarrollo de programas y políticas. La participación inclusiva es vital para garantizar que los programas de inclusión sean accesibles y equitativos. Greer et al. (2019) indican que las barreras para la inclusión de personas con consumo de drogas con sus pares, se deben principalmente por factores individuales, geográficos, sistémicos y sociales. Son también barreras el estigma, problemas con la confidencialidad y la desconfianza entre participantes. El hecho de que se evidencie el consumo de drogas de un miembro de la comunidad, en

varios sectores puede ser un motivo de exclusión, principalmente en las zonas rurales (Greer, et.al, 2019). Sin embargo, la presencia de personal capacitado para guiar los procesos de inclusión, y personas sensibilizadas en cada grupo facilitan y motivan el compromiso. La participación significativa y activa facilita la atención, las relaciones, la capacidad personal y la comprensión entre pares y profesionales (Greer, et. al, 2019).

El discurso de la inclusión social debe entenderse como un aspecto de la gobernanza de la política pública. Allman (2010) en un estudio realizado en Canadá y en Escocia analizó las respuestas nacionales de la política pública ante los usos de drogas ilícitas en ambos estados entre los años 2000 al 2005, indica la importancia de construir sociedades incluyentes y resilientes lo cual pueden aportar a consumos menos riesgosos. Es fundamental para esta construcción colectiva, considerar las subjetividades y la capacidad de los tomadores de decisiones para gobernar la inclusión social de lo lícito y lo ilícito (Allman, 2010).

Para los procesos de inclusión es importante considerar la perspectiva de género en las evaluaciones, participación activa de las mujeres en relación a sus servicios, acceso, reducir las barreras de acceso, generar campañas de sensibilización y educación para reducir el estigma y empoderar a las comunidades para enfrentar los problemas de consumo de drogas específicos de las mujeres. A su vez, es esencial fomentar programas de drogas que incorporen una perspectiva de género mediante la incidencia política y generación de redes a escala internacional, nacional y comunitaria, establecer vínculos entre todos los programas que abordan las problemáticas de las mujeres, asegurar protección legal, y abordar las relaciones existentes entre el consumo de drogas y otros fenómenos socio-culturales.

En cuanto a los estándares básicos para los programas de inclusión COPOLAD (2012) señala:

- Se han establecido criterios precisos de inclusión y exclusión en el programa.
- La población destinataria del programa está descrita de forma precisa, habiéndose definido su perfil y características.

- La consolidación de la abstinencia no constituye un requisito para acceder al programa/servicio.
- En el supuesto de que los beneficiarios del programa sean personas con relación de dependencia con las drogas que no se encuentran en tratamiento, se identifican las estrategias a utilizar para difundir la existencia del programa y facilitar su acceso al mismo.
- El proceso de acogida de los beneficiarios del programa tiene por objetivo:
  - Reforzar la motivación de la persona para el cambio.
  - Informar del contenido de la cartera de servicios del programa.
  - Informar sobre el reglamento de funcionamiento del programa y de los derechos y deberes de los beneficiarios del mismo.
  - Conocer las expectativas de las personas que acceden al programa.
- Las personas reciben de manera adecuada, toda la información necesaria de cara a tomar una decisión sobre si hacen uso o no de los servicios que oferta el programa.
- Se tienen en consideración las barreras que el género puede introducir en la accesibilidad al programa.
- El equipo responsable de la implementación del programa tiene carácter interdisciplinar.
- El programa dispone de personal especializado capaz de trabajar la mejora de las habilidades personales y sociales, en especial las habilidades relacionadas para la búsqueda de empleo, en el caso de necesitarlo.
- Las personas integrantes del equipo responsable de la implementación del programa disponen de formación y/o experiencia en el campo de la inclusión social de personas con relación de dependencia con las drogas.
- Existen acuerdos de colaboración con distintos programas y servicios (servicios sociales, servicios de empleo, etc.) que permiten el acceso de las personas beneficiarias de los programas de incorporación social a los mismos.
- El programa incluye una adecuada justificación, soportada en un estudio previo de necesidades.

- Se han evaluado las necesidades y demandas más habituales que presenta la población de personas con relación de dependencia con las drogas o consumos problemáticos que potencialmente se beneficiarían del programa.
- Se han analizado los programas y experiencias que han desarrollado en el pasado otras entidades o instituciones para favorecer la inclusión social de las personas con relación de dependencia con las drogas.
- Se han identificado los programas y recursos existentes en la comunidad.
- Se han estudiado las actitudes de la población general, de los representantes políticos e institucionales y de los líderes sociales en relación con las drogodependencias y los programas de apoyo a la inclusión social de las personas con consumos problemáticos o relación de dependencia con las drogas
- Uso de un enfoque centrado en la persona.
- Se contemplan mecanismos y procedimientos que aseguren que las personas que acceden al programa disponen de un diagnóstico social personalizado que establezca sus necesidades en materia de inclusión.
- Se dispone de una evaluación y diagnóstico actualizado sobre la relación con los consumos de drogas que mantienen las personas que acceden al programa/servicio.
- Se dispone de un diagnóstico de inclusión y empleabilidad de las personas que acceden al programa.

#### **4.10 Recomendaciones para la construcción de políticas, planes, programas y proyectos de droga**

El fenómeno de drogas requiere de abordajes basados en la evidencia, pragmáticos y apartados de los estereotipos que limitan las intervenciones. De lo analizado en el capítulo, resulta fundamental retomar algunos aspectos para la construcción de nuevas respuestas del Estado en cuanto a los consumos de drogas, principalmente en cuanto a la necesidad de superar la exclusión hacia las personas que consumen drogas y el estigma asociado. Lo mencionado es fundamental para abordar los consumos de drogas desde la salud y con base a la evidencia.

Como recomendaciones generales enumero 13 puntos que surgen de lo analizado en el capítulo:

- Fortalecer la investigación sobre estimulantes en el país
- Abordar los consumos problemáticos de alcohol, cocaína, heroína, estimulantes y poli consumo dentro del sistema de salud pública considerando las necesidades de cada persona y población.
- Analizar el consumo problemático de drogas desde las desigualdades y pobreza
- Trabajar en regulaciones para las drogas, al menos para las drogas que en el país resultan en mayores problemas de salud como son el alcohol, tabaco, cocaína, heroína, estimulantes, que enfrenten la morbilidad y mortalidad asociada al consumo de estas drogas.
- Abordar los consumos de drogas en espacios penitenciarios basando las prácticas en la evidencia que la reducción de daños tiene en este sentido
- Generar programas y proyectos a nivel nacional y local para superar la mirada prohibicionista en cuanto al consumo de drogas y el estigma hacia las personas que consumen drogas, lo cual genera mayores daños en salud e inclusión
- Generar investigaciones en pacientes en centros de tratamiento, salas de emergencia, poblaciones en conflicto con la ley, estudios de morbilidad relacionados con el consumo de drogas, investigaciones sobre condicionantes de género asociados al problema de las drogas
- Incluir en los programas de drogas la perspectiva de género, intercultural, generacional y de derechos
- Generar abordajes locales ante los consumos de drogas desde los municipios
- Evaluar el impacto de los programas de prevención, tratamiento, e integración social
- Implementar y evaluar programas de reducción de daños
- Considerar para los programas el involucramiento de pares
- Trabajar para la inclusión de las personas que consumen drogas desde cada programa

*Fortalecer la investigación sobre estimulantes en el país:* es fundamental investigar a profundidad lo que representa que Ecuador registre en el Informe de OEA el porcentaje más alto en consumo de estimulantes en población Universitaria. Se requiere que el Estado responda con comprensiones sobre estos consumos y sus necesidades en abordaje, principalmente en la población joven.

*Abordar los consumos problemáticos de alcohol, cocaína, heroína, estimulantes y poli consumo dentro del sistema de salud pública considerando las necesidades de cada persona y población.* Según lo analizado en este capítulo el alcohol es la droga más usada en el país y la región y, la que genera mayores problemas en salud pública en nuestra realidad. Es fundamental contar con servicios flexibles y adaptados para las personas con consumos problemáticos de alcohol y otras drogas. Sin embargo, es también vital mirar las drogas cocaína, heroína y estimulantes. SETED indica altos porcentajes en atención ambulatoria de personas con consumo de cocaína, heroína y poli consumo, las cuales se concentran en poblaciones jóvenes. Lo mencionado exige del Estado respuestas en cuanto a mayor cobertura para atención ante los consumos de drogas y su mayor flexibilización considerando droga, grupos etarios, género, cultura, y otros aspectos que complejizan los procesos de tratamiento.

*Analizar el consumo problemático de drogas desde las desigualdades, y pobreza.* La OMS indica que los consumos de drogas devienen en más problemáticos en contextos de pobreza (OMS, 2018). Además, Kíssila et al. (2019) el consumo de drogas es asociado a sectores empobrecidos de la sociedad, lo que profundiza la exclusión y el estigma. Es por lo mencionado, vital abordar el consumo de drogas desde la equidad, igualdad y superación de la pobreza, como forma real y profunda de abordar los consumos problemáticos.

*Trabajar en regulaciones para las drogas,* al menos para las drogas que en el país resultan en mayores problemas de salud como son el alcohol, tabaco, cocaína, heroína, estimulantes, que enfrenten la morbilidad y mortalidad asociada al consumo de estas drogas. En este sentido, OMS (2018) indica



medidas como las regulaciones de impuestos, regulaciones en vías, como alternativas para hacer frente desde los Estados a los riesgos y daños asociados al consumo de drogas.

*Abordar los consumos de drogas en espacios penitenciarios basando las prácticas en la evidencia que la reducción de daños presenta.* Michel (2016) indica que el consumo de drogas en espacios penitenciarios es un problema mundial y que ha sido poco atendido. Las personas privadas de libertad tienen derecho a servicios de salud ajustados a sus necesidades, en este sentido, la reducción de daños en espacios penitenciarios, es una medida pragmática y que ha mostrado resultados en otros contextos.

*Generar programas y proyectos a nivel nacional y local para superar la mirada prohibicionista en cuanto al consumo de drogas y el estigma hacia las personas que consumen drogas,* lo cual genera mayores daños en salud e inclusión. Rolles et al. (2012) indican que la política de la guerra contra las drogas ha generado costos en la salud, incrementando los daños, limitando servicios y profundizando la exclusión. En el país aún existen actitudes negativas hacia las personas que consumen drogas ilegales (Delgado & Brands, 2019) lo cual genera dificultades en la inclusión.

*Generar investigaciones en pacientes en centros de tratamiento, salas de emergencia, poblaciones en conflicto con la ley, estudios de morbilidad relacionados con el consumo de drogas, investigaciones sobre condicionantes de género asociados al problema de las drogas.* En el informe realizado por el Mecanismo de Evaluación Multilateral (MEM) en el año 2019, se indica que los puntos mencionados no han sido aún investigados en Ecuador. Investigar en centros de tratamiento, salas de emergencia, poblaciones en conflicto con la ley es fundamental para entender el consumo problemático de drogas superando las prevalencias. Esto a su vez permitirá decisiones informadas y ajustadas a las necesidades de la población. Por otro lado, es fundamental generar estudios de morbilidad en tema drogas que contribuyan a mejorar las respuestas estatales en salud. Finalmente, es preciso resaltar que la investigación ante el consumo de drogas requiere perspectiva de para informar sobre prácticas y programas que respondan a las necesidades de las mujeres y grupos GLBTI que consumen drogas.

*Incluir en los programas de drogas la perspectiva de género, intercultural, generacional y de derechos.* Es primordial que los consumos de drogas se entiendan desde las diferencias según género, edades, etapas de vida, cultura, dentro del marco de los derechos. Los consumos de drogas son varios y responden a múltiples aspectos, por lo cual es vital que los programas de drogas sean generados desde la perspectiva de género, intercultural, generacional y de derechos.

*Generar abordajes locales ante los consumos de drogas desde los municipios.* Desde lo analizado en el capítulo, las respuestas más eficientes en el fenómeno de drogas son las generadas desde lo local, considerando sus particularidades y potencialidades. Por ello, es recomendable pensar en los Municipios de Ecuador como actores importantes en cuanto a respuestas locales para abordar los problemas de salud en los consumos problemáticos de drogas. Una mirada global y nacional, puede ser aplicada desde las particularidades locales con mayor eficacia.

*Evaluar el impacto de los programas de prevención, tratamiento, e integración social.* Según lo analizado en este capítulo y mencionado por el MEM (2019) es fundamental evaluar el impacto de los programas de prevención, tratamiento e inclusión. Esto debe ir acompañado del monitoreo constante de los programas. Es indispensable que las decisiones del Estado y la inversión en salud ante los consumos problemáticos y sus impactos, se establezca guiada por la evidencia de lo que resulta eficiente y eficaz. Lo mencionado evitará repetir equivocaciones que representan costos estatales y daños a la población.

*Implementar y evaluar programas de reducción de daños.* En el Ecuador según el MEM (2019) no se han establecido mecanismos para disminuir los daños y riesgos asociados a los consumos de drogas. Sin embargo, la evidencia presentada en este capítulo y existente en el tema drogas, indican resultados positivos para la mejora de salud de la población, y la reducción de daños para la salud. Es vital aceptar que los consumos de drogas existen y requieren que medidas pragmáticas para proteger a la población en general y a las personas que consumen drogas en particular.

*Considerar para los programas el involucramiento de pares.* Los consumos de drogas se dan en contextos y bajo múltiples consideraciones individuales y sociales. Es fundamental generar los programas con involucramiento de pares, principalmente en programas dirigidos para poblaciones jóvenes. El involucramiento de pares contribuye en la inclusión y a su vez en la comprensión de medidas de reducción de daños existentes en cada población y que pueden ser acompañadas por el Estado.

*Trabajar para la inclusión de las personas que consumen drogas desde cada programa.* La inclusión social en el tema drogas requiere investigación y programas que se piensen atravesados por la necesidad de inclusión de las personas que consumen drogas. Los consumos de drogas no pueden ser barreras para la inclusión en espacios educativos, laborales, entre otros. La exclusión solo profundiza los problemas de salud de las personas que consumen drogas y de la población en general. Por lo mencionado, es fundamental pensar que cada programa y práctica para abordar los consumos de drogas debe acompañar la inclusión.

Los programas deben realizarse con y para las personas que consumen drogas, para ello es fundamental su participación activa. Sin embargo, su participación puede ser afectada por imaginarios sociales de la población y de los profesionales de atención. El reto en Ecuador es iniciar por la superación del estigma y exclusión hacia las personas que consumen drogas, lo cual permitirá mirar el tema desde la salud pública y los derechos.

## **CAPÍTULO V**

---

### ***INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO***

---



**Mauricio Galarza**

## **CAPÍTULO V**

### **INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO**

Las políticas públicas en drogas deben responder a los diversos desafíos que enfrentan los países y la comunidad internacional. La capacidad de incidir positivamente en la escena mundial por las principales plataformas de cooperación y discusión no han tenido resultados sostenibles en el tiempo, esta limitación es la misma en la política pública del Ecuador. Por lo que se hace necesario establecer propuestas en materia de drogas, correspondiendo a las particularidades del fenómeno socioeconómico en el país, a partir del análisis de cada uno de los eslabones de la cadena de valor de las drogas: cultivo, producción y transformación de la materia prima, tráfico o distribución, lavado de activos, tráfico a pequeña escala, usos y consumos, tratamiento e integración social. El presente documento espera identificar las características de cada eslabón y fundar líneas generales de actuación, a fin de establecer un primer acercamiento para avizorar un abordaje integral del fenómeno.

#### **5.1 Ciencia y tecnología**

Para comprender el fenómeno socioeconómico de las drogas es necesario considerar una serie de múltiples elementos que permitan conocer los efectos de esta problemática sobre los diversos actores en el marco de cada una de las etapas de la cadena de “valor” del negocio de las drogas, que inicia en el cultivo mismo de las plantas, la producción y transformación de la materia prima, el tráfico o distribución, el lavado de activos, el tráfico a pequeña escala, los usos y consumos, el tratamiento y la integración social de las personas con consumos problemáticos.

En este sentido, dada la complejidad de este fenómeno, es imprescindible la conformación de un grupo de expertos nacionales e internacionales que, en el marco de la aplicación de las políticas en materia drogas, tiendan a la investigación multidisciplinaria y al debate profundo, franco y abierto sobre las drogas, con el fin de formular políticas y acciones integrales, basadas en evidencia científica, que privilegien el uso de herramientas tecnológicas

adecuadas con miras a incrementar la posibilidad de obtener resultados positivos.

Las políticas públicas en materia de drogas para procurar su efectividad deben ser integrales y responder a las realidades particulares de cada zona y población, en respeto a los Derechos Humanos y la soberanía.

A nivel hemisférico, el foro más amplio de tratamiento sobre este fenómeno es la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) de la Organización de Estados Americanos (OEA). En el marco de esa Comisión, en 1998, se conformó el Mecanismo Evaluación Multilateral (MEM) con el objetivo de articular la implementación de la estratégica hemisférica, así como el plan de acción, formulando recomendaciones periódicas a los Estados Miembros con la intención de que sean capaces de mejorar el control sobre el tráfico y el abuso de drogas. No obstante, tal como lo establece el Informe Mundial de Drogas - 2019 de la Oficina de las Naciones Unidas Contra las Drogas y el Delito - UNODC, a nivel mundial se ha incrementado la producción, tráfico y consumo de drogas de origen vegetal como cannabis, cocaína y heroína, especialmente en países de América, por lo que se infiere que las políticas regionales fomentadas por la CICAD – OEA y su monitoreo a través del MEM no han resultado suficientemente efectivos, esto se debe a las metodologías que se utilizan, así como al limitado uso de la investigación científica para evaluar y determinar propuestas eficaces y sostenibles en el tiempo que incrementen la posibilidad de generar mejores resultados en la aplicación de las políticas.

Otros de los espacios en los que se ha motivado el abordaje de las drogas son: Comunidad Andina (CAN), Unión de Naciones Suramericanas (UNASUR), Comunidad de Estados Latinoamericanos y Caribeños (CELAC), Organización de Naciones Unidas (ONU), con similares resultados que la OEA. En la mayoría de estos bloques, los elementos técnicos son relegados a un plano inferior y la política internacional toma el protagonismo. Sin elementos técnicos, información cuantitativa como indicadores de impacto y resultado así como metas establecidas a alcanzar vuelven estas propuestas poco efectivas. A fin de contrarrestar este impacto negativo es importante considerar, en los

ámbitos nacionales, sub regionales, regionales e internacionales, la inclusión de espacios técnicos liderados por organizaciones de la sociedad civil capaces de elaborar propuestas de políticas desde diferentes disciplinas, basadas en evidencia científica con un enfoque integral sobre abordaje del fenómeno socioeconómico de las drogas.

En este contexto, se deben generar espacios de diálogo e investigación que busquen, a través de la cooperación e innovación, apoyar e incidir en los debates y en el diseño de las políticas públicas sobre drogas. Será esencial, pues, la generación de tanques de pensamiento (Think Tanks) a nivel nacional, regional e internacional que desarrollen procesos de gerenciamiento del conocimiento y cuenten con expertos investigadores en el ámbito de drogas, a través de los cuales, instituciones públicas y privadas y tomadores de decisión puedan apoyar sus decisiones y acciones.

Estos espacios de pensamiento deben regirse por principios como la independencia política, respeto a las realidades locales y enfocarse en la practicidad y no limitarse a la mera teorización, con la finalidad de proponer con soluciones concretas y aplicables, con ejes de acción claros enfocados en la inteligencia estratégica que se logrará a través de la recolección, procesamiento y análisis de datos e información, generación de conocimiento con procesos innovadores que consideren a la ciencia y tecnología como los elementos principales para la elaboración de propuestas. Será primordial, además, el establecimiento de canales de comunicación como colectivos, líderes sociales, referentes sociales entre otros que permitan influenciar estratégicamente en la agenda política y opinión pública, a partir de debates, conversatorios y acercamientos hacia actores claves que fomenten la aplicación de las propuestas.

Para garantizar que los esfuerzos generados por estos espacios será imprescindible contar con grupos de expertos en diferentes materias (medicina, políticas públicas, sociología, desarrollo económico, derechos humanos, entre otras) que aborden cada uno de los diferentes eslabones de la cadena de valor de las drogas; además, se deberá contar con grupos permanentes de investigación y establecer una red de canales de difusión como web,



blogs, redes sociales, conferencias, eventos, documentales y medios de comunicación tradicionales, así como mantener conexiones directas con los tomadores de decisión.

Dentro de las principales actividades que deberá realizar el tanque de pensamiento serán el desarrollo de estudios multidisciplinarios en materia de drogas, que podrían considerar, entre otras, las siguientes temáticas: regulación del mercado de drogas según sustancias, derechos humanos, tráfico, tráfico a pequeña escala, indultos a personas privadas de la libertad, usos y consumos de drogas, producción de drogas ilícitas, desarrollo local como política para la reducción de la oferta, la complementariedad en los servicios públicos en materia de drogas, el balance en los costos económicos y sociales en materia de drogas, la reducción de daños y riesgos como elemento central en las políticas de drogas. Así también podría resultar de altísimo interés político, académico y social el impulso de conversatorios en los siguientes temas: la vinculación de la academia y la sociedad civil para la construcción de políticas públicas de drogas, el abordaje de nuevos retos en el marco de las drogas, el consumo y la oferta de drogas, nuevas fronteras de la investigación vinculadas con la academia, la no estigmatización de los consumidores, políticas de drogas con enfoque de género, nuevas sustancias psicoactivas, etc. Por su parte, las herramientas fundamentales que se deberán potenciar son: los sistemas de información geográfico para la toma de decisiones en materia de políticas públicas de drogas, sistemas de control gerencial para medir el avance la implementación de las políticas públicas de drogas, mejoramiento y automatización de procesos para gestionar el control de sustancias químicas lícitas y metodologías para la construcción de planes integrales de drogas. El financiamiento para realizar estas acciones debe provenir de la cooperación internacional, sociedad civil así como de un aporte de Estado que será el mayor beneficiado de las acciones realizadas.

Todas estas líneas de investigación y acción deberán complementarse con la generación de una gran red expertos en investigación que aborden temas sobre usos, consumo y oferta de drogas, políticas y legislación internacional sobre de drogas, atención y tratamiento de consumos problemáticos de drogas, control de sustancias químicas precursoras, políticas penales en

materia de drogas, regulación de mercados y construcción de políticas de drogas con enfoque de género y derechos humanos.

## **5.2 Inclusión Económica y Social**

La inclusión económica y social se define como el proceso de generar una cultura de inclusión donde el Estado, el sistema productivo y la sociedad se unen con acciones concretas para la incorporación de los grupos excluidos, con la finalidad de reducir la desigualdad en todos los sentidos e incrementar el respeto a las diversidades, basándonos en este concepto, es importante tener en cuenta indicadores como pobreza, pobreza extrema y especialmente el coeficiente de gini por ingreso per capital del hogar.

El Ecuador a través del Instituto de Estadísticas y Censos (INEC) calcula el nivel de pobreza considerando a una persona pobre por ingresos si percibe un ingreso familiar per cápita menor a USD 85,03 mensuales y pobre extremo si percibe menos de USD 47,92<sup>2</sup>, en este sentido los resultados generados en el informe Encuesta Nacional de Empleo, desempleo y subempleo (ENEMDU) junio 2019, establece que la pobreza a nivel nacional se ubicó en 25,5% y la pobreza extrema en 9,5%. En el área urbana la pobreza llegó al 16,8% y la pobreza extrema a 5,6%, finalmente, en el área rural la pobreza alcanzó el 43,8% y la pobreza extrema el 17,9%, la misma encuesta establece que la pobreza para junio 2019 es de 11,9% en Quito, 8,4% en Guayaquil 4,3% en Cuenca, 11,9% en Machala y 6,8% en Ambato así como para pobreza extrema 3,6% en Quito, 1,1% en Guayaquil, 0,5% en Cuenca, 3,7% en Machala y 1,7% en Ambato. Cabe indicar que a junio 2018 la pobreza fue de 24,5% y la pobreza extrema fue de 9,0%

Además, el coeficiente de Gini en términos de ingreso per capital por hogar, donde 0 es perfecta igualdad y 1 perfecta desigualdad, la mencionada encuesta establece que a junio 2019 el coeficiente de Gini nacional es de 0,478, urbano es 0,462 y rural es 0,432, frente a datos de junio del 2018 donde el coeficiente Gini a nivel nacional fue de 0,472, urbano de 0,452 y rural 0,448

Estos datos demuestran que pese a los esfuerzos realizados los diferentes gobiernos en el Ecuador todavía existen niveles altos de pobreza y pobreza

---

2 Encuesta Nacional de Empleo, desempleo y subempleo (ENEMDU) – junio 2019

extrema a nivel urbano y a nivel rural, además no se alcanzó importantes niveles de igualdad en el ingreso y el consumo en la población ecuatoriana.

Por esta razón, es importante que el Ecuador establezca estrategias y políticas multisectoriales sostenibles en el tiempo que permitan influir directamente en el desarrollo económico local de las zonas rurales y urbanas afectadas por el fenómeno socioeconómico de las drogas y que adicionalmente tengan altos niveles de pobreza y pobreza extrema, estas acciones deben estar enfocadas en proporcionar oportunidades para que las personas establecidas en estas zonas puedan contar con ingresos lícitos que les permita cubrir sus necesidades y esto sea un factor limitante para que no puedan ser cooptados por grupos relacionados con el narcotráfico.

En el ámbito internacional las Naciones Unidas, en su Plan de Acción sobre cooperación internacional para la erradicación de los cultivos ilícitos para la producción de drogas y el desarrollo alternativo, aprobado por la Asamblea General en su vigésimo período extraordinario de sesiones de 1998, define el Desarrollo Alternativo como : “un proceso para prevenir y eliminar el cultivo de plantas conteniendo drogas narcóticas y sustancias psicotrópicas a través del diseño específico de medidas de desarrollo rural en países que luchan contra las drogas, en el contexto de un crecimiento nacional económico sostenido y esfuerzos de un desarrollo sostenible, reconociendo las características socio-culturales particulares de las comunidades y grupos objetivos, dentro del marco de una solución comprensiva y permanente del problema de las drogas ilícitas”.

La estrategia y el plan de acción para confrontar el problema mundial de las drogas aprobado por Naciones Unidas para el decenio 2009-2019, ratifica el Desarrollo Alternativo Preventivo, Desarrollo Alternativo Integral y Sostenible, como estrategias socio económicas reconociendo las características socio-culturales particulares de las comunidades.

La viabilidad de la estrategia de desarrollo alternativo, incluido el preventivo, se sustenta en los principios de responsabilidad compartida, enfoque integral y equilibrado consensuado en Naciones Unidas.

Esta estrategia internacional considera buscar sustitutos de producción lícita que replacen los cultivos de plantas de coca, amapola y marihuana a través de programas de erradicación y remplazo de cultivos agrícolas, como lo establece el informe de la Naciones Unidas “Monitoreo de territorios afectados por cultivos ilícitos 2017 – UNODC” en los departamentos colombianos de Nariño y Putumayo se detectaron cultivos por 45.735 y 29.589 hectáreas con un crecimiento anual del 153 y 147% respectivamente desde el año 2015, esto denota que la estrategia impulsada no ha tenido los resultados esperados y debe ser re enfocada para lograr los objetivos planteados, principalmente estos pobres resultados se dan debido a las limitaciones de la sustitución de cultivos, ya que solo el hecho de la sustitución no garantiza la generación de ingresos lícitos ya que estas intervenciones no consideran la apertura de mercados locales e internacionales para la producción, es decir no considera una intervención integral.

Razón por la cual se debe canalizar los esfuerzos a proporcionar condiciones adecuadas a las poblaciones en riesgo de ser cooptadas por grupos criminales que estén enfocados en que el estado, proporciones los servicios públicos que en la mayoría de zonas son deficientes, que el gobierno central y los gobiernos autónomos descentralizados conjuguen acciones para cubrir con las demandas de las poblaciones vulnerables relacionadas con educación, salud, servicios básicos, accesos y seguridad, además de proporcionar oportunidades de sustento a través del cultivo y producción de bienes y servicios con valor agregado para evitar la incursión en actividades ilícitas relacionadas con el fenómeno socio económico de las drogas, es decir generar desarrollo económico y social de zonas urbanas y/o rurales declaradas en situación de vulnerabilidad.

Otro factor que hay que hay analizar es la responsabilidad común y compartida que tienen los grandes países consumidores ya que debido al existir una alta demanda, la producción se incrementa y por ende los efectos negativos también se incrementan especialmente la violencia que genera la producción y el tráfico de las sustancias ilícitas en los países de origen.

En este sentido el Ecuador, a través de la institución rectora en materia de drogas y en la XIII Reunión de Alto Nivel del Mecanismo de Coordinación y Cooperación en Materia de Drogas América Latina y el Caribe (ALC-UE), llevada a cabo el 29 de junio de 2011 en Bogotá, Colombia, propuso la iniciativa de creación del Sello Mundial de Desarrollo Alternativo Preventivo.

El cual consiste en un mecanismo de concreción del principio de responsabilidad compartida y del apoyo económico y político de los países desarrollados, a programas, proyectos y/o iniciativas regionales, para América Latina y El Caribe, África y Asia, que comprendan actividades productivas lícitas en las que intervengan sectores de la población de zonas de alto riesgo vinculadas al cultivo, producción, acopio y tráfico de sustancias estupefacientes y psicotrópicas ilegales, así como programas, proyectos y/o actividades de inclusión social y económica de ciudadanos víctimas del desplazamiento forzoso interno y transfronterizo relacionado al fenómeno mundial de las drogas.

El objetivo de esta certificación es concretar el principio de responsabilidad compartida en los ámbitos social, económico y político con los países desarrollados mediante la promoción de opciones legales y sostenibles y económicamente que contribuyan de manera integral a la erradicación de la pobreza en comunidades y pueblos que han recurrido a actividades ilícitas, relacionadas a las drogas, como la única manera de obtener el sustento, así como fortalecer la participación ciudadana para establecer la convivencia pacífica de la población asentada en la zona en situación de vulnerabilidad mediante la generación de redes de comunicación que afirmen la presencia estatal y el tejido social, que facilite la prevención y resolución de conflictos de manera armónica dentro del respeto de los derechos humanos, además de establecer una plataforma de acción integral para las zonas en situación de vulnerabilidad por medio de la cooperación y corresponsabilidad entre los distintos organismos para la ejecución de acciones que contribuyan a mejorar la calidad de vida de la población y así reducir la pobreza, exclusión social de esta manera garantizar la sustentabilidad ambiental y finalmente proteger a la población que habita en las zonas en situación de vulnerabilidad y sus recursos, así como a las áreas estratégicas que en ellas se localizan, a fin

de garantizar que el desarrollo de las actividades socioeconómicas de su población se realice en un ambiente de paz y dinamismo.

Este tipo de estrategias nacionales, regionales e internaciones concretas deben ser potenciadas con la finalidad de generar desarrollo económico local, en zonas en situación de vulnerabilidad, para prevenir la aparición de los efectos negativos relacionados con el fenómeno socio económico de las drogas.

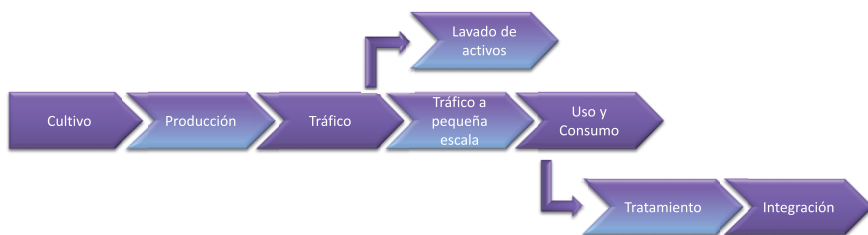
### **5.3 Propuesta de planes, programas y proyectos en materia de políticas sobre drogas a nivel sectorial**

Para realizar una propuesta integral de planes, programas y proyectos a nivel sectorial se debe realizar un análisis de la cadena de “valor” de las drogas, y, en el Ecuador, el fenómeno socioeconómico de las drogas ha tenido múltiples abordajes desde diferentes ópticas, partiendo de la criminalización de la oferta de drogas y la penalización de los usos y consumos, llegando a considerar los derechos de los usuarios y consumidores. En este contexto, los abordajes en esta materia no han constituido un verdadero tratamiento integral a la problemática del fenómeno, que sólo será posible partiendo desde el análisis de los diferentes eslabones en la cadena de “valor” del negocio de las drogas, a fin de plantear acciones concretas integrales intra e intersectoriales que permitirán definir estrategias sistémicas para su abordaje.

La presente propuesta pretende identificar el modo de interacción de estos eslabones desde la base de información cuantitativa que permita establecer líneas generales de actuación y convertirse en el primer acercamiento para plantear un abordaje integral.

La cadena de “valor” del negocio de las drogas de origen vegetal inicia desde en el cultivo de plantas *controladas*, la producción y transformación de la materia prima, el tráfico o distribución a mediana o gran escala, el lavado de activos, el tráfico a pequeña escala, los usos y consumos, el tratamiento y la reintegración social de las personas con consumos problemáticos.

**Figura 1:** Cadena de “Valor” del negocio de las drogas



En relación al primer eslabón “cultivo”, según el informe *Indicadores de Cultivos Ilícitos en el Ecuador 2014*, elaborado por la ONUDC, “el Ecuador no es considerado productor de cultivos ilícitos...”, sin embargo, se debe tener en cuenta que en el año 2017, en los departamentos colombianos de Nariño y Putumayo (frontera con Ecuador) se detectaron cultivos de 45.735 y 29.589 hectáreas, con un crecimiento anual del 153% y 147%, respectivamente<sup>3</sup> desde el año 2015.

En el marco de producción, en Ecuador, se dismantelaron 16 laboratorios entre los años 2006 y 2009<sup>4</sup>, y, 10 en el último año, datos que se enfrentan a los 2.888 laboratorios en Colombia y 1.242 en Perú. Cabe anotar que, al no existir plantaciones de hoja de coca en el país, los grupos delictivos prefieren no instalar laboratorios en el Ecuador, debido a que sería necesario transportar grandes cantidades de hojas o pasta base de coca por las fronteras, resultándoles improductivo. Por esta razón, dichos grupos focalizan su producción y el montaje de los laboratorios cerca de los sitios de producción de la materia prima.

En este punto, es necesario mencionar que, en efecto, existe tráfico ilícito de precursores químicos, elementos necesarios para el procesamiento del clorhidrato de cocaína. El principal químico utilizado para el procesamiento y que no tiene sustituto es el permanganato de potasio, químico que es usado para el corte de la reacción química dentro del proceso. Esta sustancia, pese a ser utilizada para la elaboración de clorhidrato de cocaína, también tiene usos para fines lícitos como el tratamiento de enfermedades parasitarias, dermatológicas, intoxicaciones, desinfectantes, entre otros.

<sup>3</sup> Monitoreo de territorios afectados por cultivos ilícitos 2017 - ONUDC

<sup>4</sup> Plan Nacional de Prevención Integral de Drogas 2012-2013 - CONSEP

Considerando la información del mercado regional (Colombia, Perú, Ecuador) en relación con las importaciones y exportaciones de permanganato de potasio, se puede establecer que Colombia ha realizado importaciones totales en todo el mundo de 616 toneladas entre el 2010 y 2018, siendo los Estados Unidos su proveedor principal, llegando a representar el 56% de las importaciones. En el último año, las importaciones de la sustancia fueron de 94 toneladas, siendo China el principal proveedor con el 62% frente al total del año.

**Tabla 1:** Importaciones de permanganato de potasio en Colombia en toneladas por exportador

Exportadores	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Mundo	2	71	20	72	130	79	51	97	94
China					76	42	33	61	58
Estados Unidos de América	2	71	20	72	54	36	18	36	36

**Fuente:** (ITC), I., 2020. Trade Map - Trade Statistics For International Business Development. [en línea] Trademap.org. Disponible en: <<https://www.trademap.org/>> [Acceso realizado el 3 de Octubre de 2020].

Por su parte, Perú realizó importaciones totales en todo el mundo de 704 toneladas en el mismo período, siendo China su principal proveedor, llegando a representar el 97% de las importaciones, evidenciado que existe un incremento permanente en la importación de este químico. En el último año, las importaciones fueron de 173 toneladas y su único proveedor fue China.

**Tabla 2:** Importaciones de permanganato de potasio en Perú en toneladas por exportador

Exportadores	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Mundo	106	10	54	30	50	117	104	60	173
China	106	10	39	30	50	117	104	60	172
Estados Unidos de América	0	0	15	0	0	0	0	0	0

**Fuente:** (ITC), I., 2020. Trade Map - Trade Statistics For International Business Development. [en línea] Trademap.org. Disponible en: <<https://www.trademap.org/>> [Acceso realizado el 3 de Octubre de 2020].



Ecuador realizó importaciones totales en todo el mundo de 369 toneladas de permanganato de potasio, entre el 2010 y 2018, el 83% de las importaciones fueron realizadas desde China. En el último año, las importaciones ecuatorianas fueron de 31 toneladas y su único proveedor fue China. Cabe anotar que Ecuador ha mantenido reducciones anuales importantes de importaciones de este químico a excepción del año 2016.

**Tabla 3:** Importaciones de permanganato de potasio en Ecuador en toneladas por exportador

Exportadores	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Mundo	42	35	57	30	36	35	62	41	31
China	18	35	35	30	36	30	59	35	31
Países Bajos	19					5	3	5	
India	5		22						

**Fuente:** (ITC), I., 2020. Trade Map - Trade Statistics For International Business Development. [en línea] Trademap.org. Disponible en: <<https://www.trademap.org/>> [Acceso realizado el 3 de Octubre de 2020]. [www.trademap.org](http://www.trademap.org)

Analizando en términos regionales se puede establecer que las importaciones de permanganato de potasio se han incrementado en un 199% desde el 2010 al 2018, con incrementos constantes anualmente. En el año 2018 se presenta la más alta importación con 298 toneladas. China se ha convertido en el principal proveedor de este químico para la región.

**Tabla 4:** Importaciones de permanganato de potasio en Colombia, Ecuador y Perú en toneladas por país exportador

Exportadores	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Mundo	150	116	131	132	216	231	217	198	298
China	124	45	74	60	162	189	196	156	261
Estados Unidos de América	2	71	35	72	54	36	18	36	36
Países Bajos	19	0	0	0	0	5	3	5	0
India	5	0	22	0	0	0	0	0	0

**Fuente:** (ITC), I., 2020. Trade Map - Trade Statistics For International Business Development. [en línea] Trademap.org. Disponible en: <<https://www.trademap.org/>> [Acceso realizado el 3 de Octubre de 2020]. [www.trademap.org](http://www.trademap.org)

Conforme se observa en la siguiente tabla, existe un crecimiento sostenido en las importaciones consolidadas por los tres países. Sin embargo, al realizar el análisis por país vemos que las importaciones aumentan o disminuyen, dependiendo del año, pero siempre con un crecimiento en términos consolidados.

**Tabla 5:** Importaciones de permanganato de potasio en Colombia, Ecuador y Perú en toneladas por país

Exportadores	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Mundo - Colombia	2	71	20	72	130	79	51	97	94
Mundo - Perú	106	10	54	30	50	117	104	60	173
Mundo - Ecuador	42	35	57	30	36	35	62	41	31
Total	150	116	131	132	216	231	217	198	298

**Fuente:** (ITC), I., 2020. Trade Map - Trade Statistics For International Business Development. [en línea] Trademap.org. Disponible en: <<https://www.trademap.org/>> [Acceso realizado el 3 de Octubre de 2020]. [www.trademap.org](http://www.trademap.org)

La información previamente analizada, da cuenta de la necesidad de establecer una normativa adecuada a la realidad de la región, procurando la homologación de controles y sanciones sobre el uso ilícito de las sustancias. Además, es necesario comprometer a los grandes países productores en el control, en el marco de las responsabilidades común y compartida, buscando el remplazo de ciertas sustancias imprescindibles para el procesamiento de drogas, tal como se realizó con los clorofluorocarbonos (CFC), que fueron remplazados en varias industrias con la finalidad de proteger la capa de ozono.

En definitiva, el control adecuado de los insumos químicos en los procesos lícitos puede limitar en la producción de clorhidrato de cocaína e incluso desincentivar los cultivos de plantaciones ilícitas, en tanto que las plantaciones tienden a estar cerca de los químicos por razones logísticas. Un ejemplo claro de este compromiso de control de químicos fue el proyecto ecuatoriano liderado por el Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas (CONSEP), ex ente rector de la política de drogas, que desarrolló un sistema integral de control preventivo al desvío de sustancias sujetas a fiscalización, reconocido a nivel internacional, lo que se corresponde con la declaratoria del Ecuador como un país libre de cultivos ilícitos.

Como en toda industria, uno de los eslabones más importantes de la cadena productiva es la distribución del producto, y en el negocio de las drogas no es una excepción. Tal como se establece en el World Drug Reports 2019<sup>5</sup>, *la fabricación ilícita mundial de cocaína alcanzó un máximo histórico de 1.976 toneladas (estimación basada en un grado de pureza del 100 %) en 2017, lo cual supuso un aumento del 25 % con respecto al año anterior*, esto quiere decir que los grupos delictivos deben tomar diferentes acciones relacionadas con la distribución de la sustancia para lograr colocarla en los mercados. En el marco del análisis regional, como se observa en la tabla 6, en el 2015 se han realizado incautaciones de cocaína por 325 toneladas (no establece la pureza), considerando que la pureza sea de 100%, representaría el 29% de la producción mundial.

**Tabla 6:** Incautaciones de Cocaína (Cocaine salts) en kilogramos

Países	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Colombia	146.072	188.021	165.569	147.464	253.591	362.415	434.730
Ecuador	19.715	31.147	46.497	50.075	63.140	95.940	81.714
Perú	10.758	12.677	13.332	18.700	8.400	13.959	21.408
Total	176.545	231.845	225.398	216.239	325.131	472.314	537.852

**Fuente:** World Drug Report 2019 - UNODC<sup>6</sup>

En el Ecuador, el Código Orgánico de Integral Penal, en su artículo 221 establece que “La persona que directa o indirectamente financie u organice, actividades o grupos de personas dedicadas a la producción o tráfico ilícito de sustancias catalogadas sujetas a fiscalización, será sancionada con pena privativa de libertad de dieciséis a diecinueve años”, siendo este el artículo bajo el cual se sanciona y penaliza a las organizaciones criminales relacionadas con el tráfico de drogas.

Además, el artículo 220 establece que “La persona que directa o indirectamente sin autorización y requisitos previstos en la normativa correspondiente: 1. Oferte, almacene, intermedie, distribuya, compre, venda, envíe, transporte, comercialice, importe, exporte, tenga, posea o en

5 [https://wdr.unodc.org/wdr2019/prelaunch/WDR2019\\_B1\\_S.pdf](https://wdr.unodc.org/wdr2019/prelaunch/WDR2019_B1_S.pdf)

6 <https://dataunodc.un.org/drugs/seizures-2017>

general efectúe tráfico ilícito de sustancias estupefacientes y psicotrópicas o preparados que las contengan, en las cantidades señaladas en las escalas previstas en la normativa correspondiente, será sancionada con pena privativa de libertad de la siguiente manera:

- a) Mínima escala de dos a seis meses.
- b) Mediana escala de uno a tres años.
- c) Alta escala de cinco a siete años.
- d) Gran escala de diez a trece años.”

Según el Plan Nacional de Drogas 2107 – 2021, en el 2016, en el Ecuador se presentaron 11.220 casos de tráfico de drogas, de los cuales el 92,26% corresponde a casos de microtráfico, por lo tanto, un 7,74% o 879 casos son atribuibles a escalas considerables.

En relación al estudio “Indicadores de Cultivos Ilícitos en el Ecuador 2014 – UNODC” donde se establece que *el Ecuador no es considerado productor de cultivos ilícitos, sino más bien, de tránsito de drogas e insumos para su producción*, es preciso referir la necesidad de contar con un sistema de investigación enfocado a la captura de grupos delictivos relacionados con el tráfico a gran escala y, especialmente, al desmantelamiento de organizaciones vinculadas a la producción o tráfico ilícitos de sustancias catalogadas sujetas a fiscalización, cuyo sistema deberá considerar un trabajo conjunto entre las autoridades del Ecuador, Colombia y Perú.

El hecho que el Ecuador se encuentre entre dos grandes productores de cocaína condiciona al país para que su población esté en situación de vulnerabilidad a la cooptación por parte de organizaciones delictivas relacionadas con el tráfico de drogas. En este sentido, adicional a las actividades interdictivas, se debe considerar el desarrollo de acciones preventivas, tal como la implementación de proyectos de desarrollo alternativo preventivo, especialmente en zonas vulnerables, como fronteras y zonas costaneras, que involucre a los medios locales y a las poblaciones con una visión económicamente sostenible.

El proceso de desarme de las FARC presenta un gran reto de actuación de Colombia, e incluso del Ecuador, en tanto algunos de sus ex miembros pueden optar por actividades ilícitas vinculadas al tráfico y producción de drogas, que afectaría radicalmente en el país, por la cercanía. En este sentido, será importante generar proyectos binacionales que permitan dotar de presencia institucional en las dos fronteras y principalmente, generar alternativas de sustento lícito a las poblaciones.

Por su parte, en relación al eslabón del microtráfico, como se indica en el Plan Nacional de Drogas 2107 – 2021, *en el 2016, en el Ecuador se presentaron 11.220 casos de tráfico de drogas, de los cuales el 92,26% corresponde a microtráfico, es decir 10352 casos, donde se aprehendieron 12.329 personas y un total de 14'052.561 gramos de droga, de la cual el 80,60% corresponde a marihuana, el 12,90% a pasta base de cocaína, el 5,86% a clorhidrato de cocaína y el 0,64% a heroína. Más del 80% de la marihuana aprehendida se localizó en las provincias de Esmeraldas, Guayas, Pichincha y Santo Domingo de los Tsáchilas; 95% de la cocaína aprehendida se localizó en Guayas; 80% de la heroína aprehendida se localizó en la misma provincia; y cerca del 65% de la pasta base de cocaína aprehendida se concentró en las provincias de El Oro, Guayas y Pichincha.* Asimismo, en el citado plan se establece que, *según el Ministerio de Justicia, Derechos Humanos y Cultos (MJDHC), hasta el 26 de julio de 2017, se registraron 10.103 personas privadas de libertad por delitos relacionados con drogas.*

En las estadísticas publicadas en el documento “Situación Penitenciaria 2018” del Ministerio de Justicia, Derechos Humanos y Cultos<sup>7</sup>, se establece que a enero de 2018 existen 36.509 personas privadas de la libertad (PPL), 33.622 son hombres y 2.887 son mujeres, existiendo una capacidad instalada efectiva de 27.270, es decir, existe un porcentaje de hacinamiento del 33,88%. Considerando el dato de PPL´s por delitos de drogas de 10.103, se observa que el 27,67% de las personas privadas de la libertad se encuentra por delitos relacionados con drogas y *aporta* de manera considerable a la tasa de hacinamiento.

---

7 [http://www.justicia.gob.ec/wp-content/uploads/2018/02/reporte\\_mensual\\_ppl\\_-\\_ene-ro\\_2018-1.xlsx-1.xlsx](http://www.justicia.gob.ec/wp-content/uploads/2018/02/reporte_mensual_ppl_-_ene-ro_2018-1.xlsx-1.xlsx)

Con estos datos, es preciso considerar que varios de los sujetos que se encuentran privados de libertad, pueden estar detenidos por el tráfico de pequeñas cantidades (mínima y mediana escala), quienes probablemente no cometieron algún delito grave y que se vieron en la obligación de traficar por el mismo consumo o necesidades económicas, derivadas de la falta de oportunidades.

En este sentido, debe ser responsabilidad del Estado establecer políticas públicas preventivas e interdictivas que busquen proporcionar un sustento económico a las personas vulnerables, a través de proyectos de desarrollo alternativo urbanos en zonas declaradas con alto riesgo, además de controlar espacios públicos, especialmente lugares sensibles como escuelas, colegios y universidades, buscando proteger a los grupos de atención prioritaria especialmente a niños, niñas y adolescentes, con protocolos de actuación para los diferentes escenarios, así como el desarrollo de investigación de redes del tráfico a pequeña escala que utilizan a niños, niñas y adolescentes.

En el Ecuador, en el marco del Lavado de Activos, existe la Unidad de Análisis Económico y Financiero (UAFE), creada por la Ley Orgánica de Prevención, Detección y Erradicación del Delito de Lavado de Activos y Financiamiento de Delitos, expedida el 21 de julio de 2016, donde establece que son sus competencias la recopilación de información, realización de reportes, ejecución de políticas y estrategias nacionales de prevención y erradicación del lavado de activos y financiamiento de delitos.

La UAFE es la entidad encargada de recibir, analizar y canalizar, hacia las autoridades judiciales competentes, la información referente a operaciones financieras sospechosas, inusuales e injustificadas dentro del Sistema Financiero Nacional. Las actividades de la UAFE se concentran en tres ejes de acción: prevención, detección y erradicación del lavado de activos. En relación con el primer eje, en el 2018, esta institución reportó la ejecución de 15.221 capacitaciones en temas relacionados con la con lavado de activos<sup>8</sup>.

---

8 Informe de Rendición de Cuentas – UAFE (2018) [https://www.uafe.gob.ec/wp-content/uploads/2019/02/Rendicion\\_de\\_Cuentas/Fase%202/Presentacion%20Informe%20de%20Gesti%C3%B3n.pdf](https://www.uafe.gob.ec/wp-content/uploads/2019/02/Rendicion_de_Cuentas/Fase%202/Presentacion%20Informe%20de%20Gesti%C3%B3n.pdf)

En el eje dos “detección”, cita que *se verifican y analizan operaciones y transacciones individuales cuya cuantía sea igual o superior a los USD 10.000,00 o su equivalente en otra moneda, así como las operaciones y transacciones múltiples que en conjunto sean iguales o superiores a dicho valor, cuando sean realizadas en beneficio de una misma persona y dentro de un periodo de 30 días*; en este sentido, en el 2018, ha realizado 57.359 reportes sobre el umbral. En el eje tres “erradicación”, la UAFE genera *reportes de las operaciones inusuales e injustificadas ROII es aquel que registra los movimientos económicos realizados por personas naturales o jurídicas que no guardan correspondencia con el perfil económico y financiero que estas mantienen en la entidad reportante y que no pueden sustentarse*, para el 2018, la UAFE ha generado y enviado a la fiscalía 19 reportes de las operaciones inusuales e injustificadas<sup>9</sup>. En la revista Perfil Criminológico, No. 14 de junio 2015, elaborada por la Fiscalía y la Flacso - Ecuador, se establece que entre el año 2010 y agosto 2014 se presentaron en la fiscalía 567 denuncias de lavado de activos a nivel general y el periodo 2010 a 2014 se obtuvieron 18 sentencias por este delito.

**Tabla 7:** Denuncias y sentencias por año en el Ecuador por lavado de activos

Año	Denuncias	Sentencias
2010	193	3
2011	133	4
2012	89	2
2013	87	4
2014	65*	5

**Fuente:** Revista Perfil Criminológico, junio 2015

En el Ecuador, se debe poner mucha atención a este eslabón, puesto que, al estar entre dos países productores de cocaína, una parte de los dineros ilícitos generados podría estar quedándose en el país. Para hacer un acercamiento al posible monto por estos delitos se puede estimar a partir de las incautaciones de drogas que, entre el 2011 y 2017, se situaron en un 77%

<sup>9</sup> Informe de Rendición de Cuentas – UAFE (2018) [https://www.uafe.gob.ec/wp-content/uploads/2019/02/Rendicion\\_de\\_Cuentas/Fase%202/Presentacion%20Informe%20de%20Gesti%C3%B3n.pdf](https://www.uafe.gob.ec/wp-content/uploads/2019/02/Rendicion_de_Cuentas/Fase%202/Presentacion%20Informe%20de%20Gesti%C3%B3n.pdf)

en Colombia, 18% en Ecuador y 5% en Perú; considerando, además, la producción mundial, que para el 2018 se estimó en 1.976 toneladas de cocaína; y, complementando el análisis con los precios al por mayor de las sustancias.

Si se considera que la producción total para el año 2017 fue de 1.976 toneladas de cocaína y que en Colombia, Ecuador y Perú se han realizado incautaciones por 538 toneladas, se puede estimar que la cocaína que llegó a los mercados fue de 1.438 toneladas (sin considerar la pureza). El precio del kilo al por mayor en Colombia (1.508,5) con información se puede estimar que en la región (Colombia, Ecuador y Perú), en el año 2017 se generaron ingresos ilícitos por 2.169 millones aproximadamente.

**Tabla 8:** Precios de la cocaína, al por mayor y menor en dólares

País	Precio de la cocaína						Observaciones
	Al por menor			Al por mayor			
	Bajo	Alto	Medida	Bajo	Alto	Medida	
Colombia	3,5		Gr	1.508,50		Kg	Datos para el año 2008
Ecuador	5	10	Gr	3500	4500	Kg	Datos para el año 2011
Perú	5,5		Gr	1200	1500	Kg	Datos para el año 2012 y 2011
Estados Unidos	10	900	Gr	3000	55000	Kg	Datos para el año 2015
España	64,1		Gr	37.602,80		Kg	Datos para el año 2015

**Fuente:** Estadísticas UNODC <sup>10</sup>

Con estos datos se puede llegar a estimar el tamaño del negocio y, especialmente, el valor total que probablemente se estaría lavando, de forma tal se logra dimensionar la amplitud del problema. En este sentido, la región debe unificar esfuerzos para realizar investigaciones conjuntas; mejorar sus sistemas de intercambio de información; preparar adecuadamente al personal que realiza las investigaciones financieras; proporcionar sistemas informáticos que alerten de actividades irregulares; generar repositorios de información para el análisis de datos y capacitar a los fiscales para el tratamiento de casos de lavado.

<sup>10</sup> <https://data.unodc.org/>



Por su parte, en relación al consumo de drogas, como lo indica el Plan Nacional de Drogas 2017 – 2021, sobre la base de la “Encuesta sobre Uso y Consumo de Drogas en Estudiantes de Noveno año de Educación General Básica (EGB), Primero y tercero del Bachillerato General Unificado (BGU) de 2016”, la prevalencia anual de consumo de marihuana fue de 9,6% (hombres 13,2% y mujeres 5,9%), la prevalencia anual de cocaína es 2,3% (hombres 3,1% y mujeres 1,4%), pasta base 2% y heroína 2,5% (hombres 3,5% y mujeres 1,8%).

En el mismo estudio, se indica que la edad promedio de inicio del consumo de cualquier droga ilícita en esta población fue 14,62 años; para el consumo de marihuana se estableció en 14,88 años, en 14,86 años en el caso de la pasta base de cocaína, en 14,72 años para el clorhidrato de cocaína y en 14,39 años en el caso de la heroína.

Un análisis interesante que hace el referido plan de drogas es la relación entre el consumo de drogas en niños niñas y adolescentes con la atención que les brinda su núcleo familiar, en tanto es considerado como un factor de protección que incide en el inicio, uso y consumo de drogas, de este análisis se puede extraer que el 19,94% de los padres ayudaron a sus hijos con las tareas de la institución educativa, todos o casi todos los días a escala nacional. En concordancia, el 49,11% de los padres afirmaron haber pedido una reunión con un maestro para hablar sobre la conducta y/o el avance del estudiante en el año escolar en curso, mientras el 68,06% alegó haber asistido a una reunión de esta naturaleza a la que fue convocado. En este contexto, el uso del tiempo libre dentro de los hogares ecuatorianos refleja que se destina a la semana, en mayor medida, a ver televisión (10 horas y 14 minutos) en comparación al tiempo que se dedica para compartir en familia (6 horas y 12 minutos), o hacer algún deporte (4 horas). Esta dinámica de uso del tiempo libre se encuentra relacionada con el involucramiento de los padres en el ámbito educativo, ya que, a nivel nacional, sólo el 34,37% de los padres afirmó que conversa con sus hijos acerca de cómo les está yendo en sus estudios.<sup>11</sup>

---

11 Plan Nacional de Drogas 2017 – 2021 - Encuesta de Factores Asociados -sección padres- Ser Bachiller 2016

Frente a este contexto, es de vital importancia que se vinculen a los padres de familia, profesores, autoridades los planteles educativos y líderes comunitarios a la promoción de factores protectores, tales como:

- **Factores individuales:** Utilización adecuada del tiempo libre, conocimiento de derechos, mejoramiento de la comunicación.
- **Factores Familiares:** Mejoramiento de la comunicación, fomento del apego familiar, establecer parámetros de respeto en el hogar, buena utilización del tiempo libre en familia, educación con el ejemplo.
- **Factores grupales:** Mejoramiento del ambiente escolar, mejoramiento de las actitudes de los profesores, mejoramiento de las actitudes de los compañeros conflictivos, mejoramiento de la presentación de los centros educativos, establecimiento de nuevos y mejores espacios y actividades para el uso adecuado del tiempo libre.

Así también es importante que se fortalezcan y se establezcan mejores protocolos de intervención y derivación en diferentes ocasiones como:

- Detección del consumo
- Intoxicación o sobredosis
- Tratamiento
- Venta de drogas

Todos estos elementos deben ser complementados con campañas comunicación y de sensibilización que permitan el fomento de los factores protectores, sin tener que hablar sobre drogas, pero que incidan en el comportamiento frente a los consumos problemáticos de sustancias ilícitas.

De igual manera, en el Plan Nacional de drogas 2017 – 2021 se establece que de enero a julio del 2017 se registraron 15.914 atenciones ambulatorias, relacionadas al consumo o prevención del uso y consumo drogas. Del total de las atenciones, el 78,74% fueron en hombres (12.530 atenciones) y el 21,26% en mujeres (3.384 atenciones); mientras que la distribución por edades del total de las referidas primeras atenciones ambulatorias se concentró en población entre 18 y 25 años (38,30%). Por su parte, con relación al número de atenciones ambulatorias por tipo de droga, se observó que, en este mismo periodo, las atenciones por consumo de heroína representaron el 27,97%

(4.454 atenciones) que se concentraron en el rango de edad de 15 a 17 años (46,14%) y de 18 a 25 años (46,88%). En casos de múltiples drogas, éstos representan el 16,72% del total (2.662 atenciones), y se concentran en los grupos de 15 a 17 años de edad (31,14%) y de 18 a 25 años de edad (48,84%); finalmente, las atenciones por consumo de alcohol representaron el 14,40% (2.292 atenciones)<sup>12</sup>.

En relación con las defunciones, el mismo plan, se establece que las defunciones por consumo de drogas, se observa que, en el año 2015, se suscitaron 8.693 fallecimientos en el Ecuador, lo que representa el 13,42% del total de fallecimientos, mientras que la tasa bruta de mortalidad por consumo de drogas se situó en 534 casos por cada millón de habitantes. Estos casos pueden fraccionarse en muertes atribuibles directamente al consumo y otras que son parcialmente atribuibles, siendo éstas últimas una estimación. En este contexto, del total de muertes relacionadas al consumo de drogas en 2015, sólo el 5,18% se atribuye a muertes directas, mientras que el 94,82% restante corresponde a muertes parcialmente atribuibles a dicho consumo, es decir, indirectas. Esta estimación concluye que el 72,94% de los fallecimientos están relacionados con el consumo de tabaco, el 25,38% con el consumo de alcohol (98,32% sustancias legales) y el 1,68% con el consumo de otras drogas.

En este contexto, es importante destacar que para un tratamiento integral se deben considerar factores como protocolos de intervención y tratamiento por tipos de drogas y tiempo de uso, así como establecer cuando es necesario tratamiento por internación o vía ambulatoria; los protocolos deben ser probados y validados en el Ecuador, no se recomienda, imitar protocolos de tratamiento de otros países en los que las condiciones sociales, económicas y culturales son diferentes. Asimismo, es importante implementar dispositivos de reducción de daños que permitan al usador conocer la sustancia y elementos de corte que está consumiendo con la finalidad de alertar sobre su composición.

Además, de las acciones antes descritas, resulta indispensable ampliar la cobertura de tratamiento, vinculando la red pública y privada de atención y

---

12 Plan Nacional de Drogas 2017 – 2021

la seguridad social, en función de los protocolos de tratamiento establecidos, fomentando el mejoramiento de los sistemas de tratamiento y garantizando que se cumplan los estándares de atención.

El tratamiento debe incorporar el componente de integración social y familiar en todos los esquemas de tratamiento ambulatorios o residenciales, de modo que la persona consumidora, pueda estar en la capacidad de contar con las competencias suficientes para integrarse efectivamente en la sociedad. Es esencial superar la estigmatización social por el consumo, y, especialmente, generar condiciones adecuadas para la integración con su núcleo familiar, como en los espacios laborales y sociales, estos elementos pasan a ser considerados factores de protección que puedan evitar consumos problemáticos.

El fenómeno de las drogas, desde sus diversas manifestaciones, debe ser abordado de manera transversal desde distintos sectores: social, económico, de seguridad, relaciones exteriores, entre otros. Por esta razón, a los países les ha resultado complicado establecer políticas públicas adecuadas y obtener resultados sostenibles en el tiempo, especialmente por contener una visión sectorialista del fenómeno, por lo que los tomadores de decisión deben impulsar análisis integrales y complementarios, en los que se considere al ser humano como el eje central de cualquier intervención, con miras a hacer más efectivas y sostenibles las políticas públicas en materia de drogas.

Para el manejo integral de los programas o proyectos intersectorial en materia drogas es necesario contar con una institucionalidad pública transversal encargada de coordinar las diferentes políticas públicas implementadas por diversos entes rectores divididos en di referentes consejos sectoriales como:

- Consejo Sectorial de la Política Exterior y Promoción representado por el Ministerio de Relaciones Exteriores, Ministerio de Cultura, Ministerio de Turismo
- Consejo Sectorial de la Producción representado por el Ministerio de Agricultura y el Ministerio de Industrias y Comercio Exterior,
- Consejo Sectorial de Seguridad representado por el Ministerio de Gobierno y el Ministerio de Defensa

- Consejo sectorial de lo social representado por el Ministerio de Salud Pública, Ministerio de Educación, Ministerio de Inclusión Económica Social, Ministerio de Deporte
- Así como Gobiernos Autónomos Descentralizados en los diferentes niveles territoriales

## **CAPÍTULO VI**

---

### ***SUSTANCIAS CATALOGADAS SUJETAS A FISCALIZACIÓN***

---



**Gustavo Santamaría**

## **CAPÍTULO VI**

### **SUSTANCIAS CATALOGADAS SUJETAS A FISCALIZACIÓN**

*Los términos “estupefacientes” “sustancias psicotrópicas” y “precursores y sustancias químicas,” en el sentido de los tratados internacionales sobre drogas, mantienen un sentido jurídico más que una interpretación literal.*

---

El régimen internacional sobre el control de drogas inició formalmente en 1909 en Shanghái con la conformación de la Comisión internacional sobre el Opio, y la realización de una Conferencia Internacional en 1912, en la cual se suscribió el primer tratado internacional que reguló el comercio y tráfico de opio, cocaína, heroína y sus derivados.

La Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes<sup>13</sup> sustituyó a los tratados internacionales sobre fiscalización de drogas suscritos hasta esa fecha y amplió las medidas de control existentes al cultivo de las plantas de opio, coca y cannabis.

El Protocolo sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971 fue creado para establecer medidas de fiscalización, a sustancias estimulantes, ansiolíticas, analgésicas y alucinógenas, que no fueron consideradas en la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes.

La Convención contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas de 1988, establece sanciones penales al cultivo, producción, posesión y tráfico ilícito de drogas, disponiendo también acuerdos sobre colaboración jurídica entre los países y medidas especiales contra el desvío de precursores, solventes y sustancias químicas, que puedan ser utilizados en la fabricación de estupefacientes y psicotrópicos<sup>14</sup>.

---

<sup>13</sup> La Convención Única fue enmendada por el Protocolo de 1972 de modificación de la Convención Única de 1961 sobre estupefacientes, que fue aprobado el 25 de marzo de 1972 en Ginebra.

<sup>14</sup> En la Convención de 1988 hay dos tablas en las que se listan precursores, reactivos



El cumplimiento de los tratados internacionales sobre drogas, se realiza a través de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes JIFE, que se estableció en el año 1968 con las siguientes funciones:

- Velar por el cumplimiento de las convenciones de control de drogas.
- Vigilar el comercio legítimo de estupefacientes, psicotrópicos, precursores y sustancias químicas específicas y evitar su desviación hacia actividades ilícitas.
- Promover la cooperación, comunicación y asistencia técnica entre Estados para prevenir el cultivo, producción, fabricación, el tráfico y el uso ilícitos de drogas.
- Detectar deficiencias en la aplicación de los tratados y proponer medidas correctivas.

En 2008 la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito ONUDD puso en marcha el Programa Mundial de Vigilancia de las Drogas Sintéticas: Análisis, Informes y Tendencias (SMART), con la finalidad de vigilar la producción y comercio de estimulantes de tipo anfetamínico ETA y nuevas sustancias psicoactivas NPS que no se encuentran bajo el control de los tratados internacionales sobre drogas. Con el mismo fin en 2013 la JIFE lanza el proyecto ION (operaciones internacionales contra las nuevas sustancias psicoactivas). En sus informes, la JIFE, enfatiza el hecho que existen más de 800 sustancias que no están bajo control internacional, pero son una amenaza a la salud pública debido a su escaso o nulo valor terapéutico.

En Ecuador, en 1988 se publicó la *“Ley 108 de sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas”*, en donde se empleó por primera vez el término **“sustancias catalogadas sujetas a fiscalización”** para englobar a todos los estupefacientes, psicotrópicos, precursores y sustancias químicas específicas, controlados por dicha ley. El Código Orgánico Integral Penal publicado en 2014 y la nueva ley de drogas que reemplazó a la Ley 108, utilizaron el término **“sustancias catalogadas sujetas a fiscalización”**, en el mismo sentido.

---

y disolventes que se utilizan con frecuencia en la fabricación ilícita de estupefacientes o sustancias psicotrópicas.

La nueva ley de drogas, cuyo título es **“Ley Orgánica de Prevención Integral del Fenómeno Socio Económicos de las Drogas y de Regulación y Control de Sustancias Catalogadas Sujetas a Fiscalización”**, se publicó en 2015, pero entro en vigencia a partir del año 2016 y tiene como propósitos la prevención integral basada en implementación de políticas públicas en materia de educación y salud y la regulación y control de las actividades relacionadas con las sustancias catalogadas sujetas a fiscalización.

Respecto de las sustancias catalogadas sujetas a fiscalización, la nueva ley de drogas indica:

- Otorga facultades a la Autoridad Sanitaria Nacional para emitir la regulación correspondiente para fijar las cantidades máximas admisibles de tenencia o posesión de sustancias estupefacientes y psicotrópicas para consumo personal, y, a la Secretaria Técnica de Drogas<sup>15</sup> la emisión, previo pedido y aprobación del Comité Interinstitucional, de la tabla de cantidades de sustancias catalogadas sujetas a fiscalización, sobre delitos por la producción o tráfico ilícito, en las escalas mínima, mediana, alta y gran escala.
- Establece las competencias para la regulación y control de la Secretaria Técnica de Drogas para las sustancias catalogadas sujetas a fiscalización y a la Autoridad Sanitaria Nacional para los medicamentos que contienen sustancias catalogadas sujetas a fiscalización, entre las competencias establecidas se faculta a los organismos de control a calificar a las personas que requieran manejar sustancias sujetas a fiscalización y establecer mecanismos de vigilancia sobre sustancias químicas que no constan en la Ley pero que puedan ser utilizadas para la producción ilícita de drogas.
- Fija los fines y las restricciones para el manejo de sustancias catalogadas y medicamentos que las contengan y establece las competencias de los organismos encargados de autorizar la siembra, cultivo y cosecha de plantas de las que puedan extraerse estupefacientes y psicotrópicos.
- Determina las obligaciones, faltas y sanciones administrativas para quienes manejen sustancias catalogadas sujetas a fiscalización, y

---

<sup>15</sup> La Secretaria Técnica de Drogas fue disuelta en el año 2017 y sus atribuciones fueron asumidas por el Ministerio de Salud y el Ministerio del Interior, según decretos ejecutivos N° 276 y 326.

de medicamentos que las contengan, en todo el ciclo productivo de las mismas, considerando la importación, exportación, producción, comercialización, distribución, almacenamiento, transporte, prestación de servicios industriales no farmacéuticos y farmacéuticos, reciclaje, reutilización y uso de las mismas.

Con la supresión de la Secretaría Técnica de Drogas a través de un Decreto Ejecutivo, las competencias de regulación y control de sustancias catalogadas sujetas a fiscalización, así como la siembra, cultivo y cosechas de plantas de las que puedan extraerse estupefacientes con fines industriales; fueron transferidas al Ministerio de Gobierno.

La **Ley Orgánica de la Salud** publicada en el año 2006, conserva el mismo enfoque de sus predecesoras, y mantiene la prohibición de la producción, comercialización, distribución y consumo de estupefacientes y psicotrópicos y otras sustancias adictivas, salvo el uso terapéutico, además de la venta de medicamentos únicamente con receta emitida por profesionales autorizados para prescribirlas.

Actualmente, la Asamblea Nacional está debatiendo el **Código Orgánico de la Salud-COS**, que no ha cambia el enfoque sobre estos temas. Las nuevas propuestas del COS se orientan en la regulación del uso terapéutico del cannabis.

El **Código Orgánico Integral Penal-COIP**, aprobado en 2014 es el cuerpo legal en donde se determinan y sancionan los delitos por la producción o tráfico ilícito de sustancias catalogadas sujetas a fiscalización.

El COIP diferencia los delitos y sanciones: como un grupo aparecen estupefacientes y sustancias psicotrópicas, precursores y sustancias químicas específicas aparecen como otro grupo. En cuanto a la siembra, cultivo y cosecha de plantas utilizadas en la producción de sustancias estupefacientes y psicotrópicas, el COIP establece sanciones cuando el fin es la comercialización.

Respecto de la prescripción injustificada de sustancias estupefacientes, psicotrópicas o preparados que las contengan, se establece una sanción de pena privativa de libertad de uno a tres años y se incrementa de tres a cinco años si prescribe la receta a una o un incapaz absoluto, mujeres embarazadas, discapacitados o adultos mayores.

En el año 2017 se publicó el **Plan Nacional de Drogas 2017-2021**, en el que se plantean las políticas públicas en materia de drogas. Las políticas públicas se enfocan en la prevención integral del uso o consumo de drogas con fines no médicos y el control del desvío hacia actividades ilícitas, no se plantean políticas públicas para garantizar la disponibilidad de sustancias catalogadas sujetas a fiscalización y promover el uso médico y terapéutico de estupefacientes y sustancias psicotrópicas.

### **6.1 Estupefacientes**

*En el Ecuador ha prevalecido más la política de prevenir los usos ilícitos de sustancias catalogadas que garantizar el acceso y disponibilidad para fines médicos y científicos.*

---

La legislación ecuatoriana no realiza diferenciación al momento de plantear medidas de fiscalización a los estupefacientes según su clasificación por riesgo de abuso y utilidad médica terapéutica, el resultado es que la disponibilidad de medicamentos estupefacientes es casi nulo y no se aprecia ninguna intención por parte de Ecuador de promover el uso médico y terapéutico reconocido a los estupefacientes.

En la siguiente tabla se muestran los estupefacientes de los que se han reportados usos médicos y terapéuticos en el Ecuador.

**Tabla 6-1:** Previsiones y usos de estupefacientes en Ecuador

Sustancia	2015	2016	2017
	Previsión	Previsión	Previsión
	Uso	Uso	Uso
<b>Codeína, (kg)</b>	200	200	150
	130	117	154
<b>Morfina, (kg)</b>	15	15	15
	3	3	5
<b>Oxicodona, (kg)</b>	7	8	11
	9	8	12
<b>Difenoxilato, (kg)</b>	25	35	35
	23	14	23
<b>Fentanilo, (g)</b>	500	600	400
	112.583	226.796	194.941
<b>Remifentanilo, (g)</b>	500	1000	1000
	601.895	544.796	678.857

**Fuente:** Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes sobre la disponibilidad de sustancias sometidas a fiscalización internacional: Garantizar suficiente acceso a esas sustancias para fines médicos y científicos (E/INCB/2015/1/Supp.1)

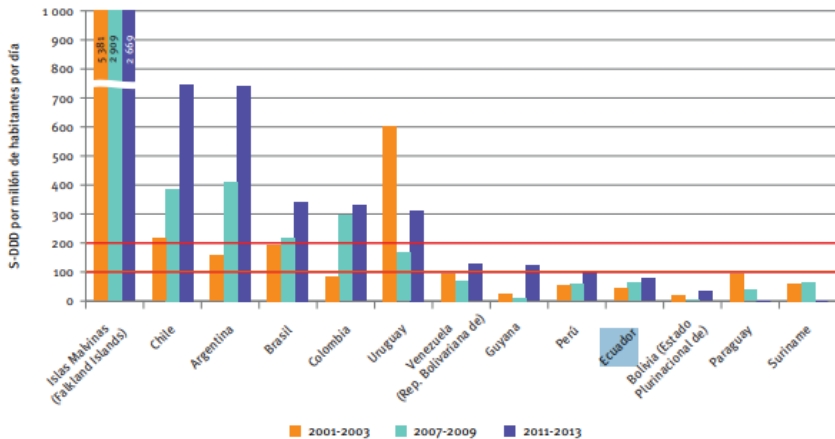
\*n.d. información no disponible.

- El estupefaciente más utilizado en el Ecuador es la Codeína, que se emplea en la elaboración de productos expectorantes para el tratamiento de resfriados.
- El difenoxilato se emplea para producir medicamentos para tratar afecciones intestinales.

- En menor cantidad la morfina y oxicodona, fundamentales para cuidados paliativos y tratamiento del dolor.
- El Fentanilo y Remifentanilo son empleados en la elaboración de medicamentos anestésicos.

En el año 2015, la JIFE presentó un reporte especial sobre el estudio realizado para determinar la disponibilidad de sustancias sometidas a fiscalización internacional, en el cual se evidencia que el Ecuador presenta niveles de consumo muy insuficientes de analgésicos opioides en comparación con sus pares de América del Sur

**Figura 1:** Consumo medio de analgésicos opioides en América del Sur



**Fuente:** Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes sobre la disponibilidad de sustancias sometidas a fiscalización internacional: Garantizar suficiente acceso a esas sustancias para fines médicos y científicos (E/INCB/2015/1/Supp.1).

La siembra, cultivo y cosecha de plantas de las que puedan extraerse sustancias estupefacientes esta normada en la legislación ecuatoriana desde el año 2016 que entró en vigencia la nueva ley de drogas, sin embargo de ello no existen registros de que se hayan otorgado autorizaciones con tal fin, esta situación puede deberse al hecho de que pesa más en la política de drogas, los efectos sobre potenciales desvíos que puedan darse, en lugar de los

beneficios del uso para tratamientos médicos. Sobre este tema, en el nuevo Código de Salud propuesto y que actualmente está en debate, prevalecen los criterios enfocados en prevenir el desvío hacia usos no médicos, sobre aquello que garantizan su disponibilidad para tratamientos médicos y terapéuticos.

El efecto sobre la aplicación de estas directrices recae directamente sobre la población que por falta de medicamentos fiscalizados no puede recibir tratamientos adecuados y de alivio del dolor, teniendo que recurrir, en algunos casos, a canales no controlados por el sistema de salud y sin garantías de sus verdaderos efectos, y en la mayoría de los casos resignarse a no recibir tratamiento y soportar el dolor.

### **Psicotrópicos**

*El uso de las **sustancias sicotrópicas** en el Ecuador es mínimo respecto de las posibilidades de usos establecidos para estas sustancias.*

---

La legislación ecuatoriana no realiza diferenciación al momento de plantear medidas de fiscalización a las sustancias sicotrópicas según su clasificación por riesgo de abuso y utilidad médica terapéutica.

Las sustancias sicotrópicas se pueden emplear directamente como principio activo de medicamentos para algunos tratamientos específicos, a continuación, se presenta una clasificación según la aplicación del medicamento:

- **Estimulantes:** del tipo anfetamínico, que estimulan el sistema nervioso central y son empleadas para el tratamiento del trastorno de déficit de atención con hiperactividad.
- **Sedantes Hipnóticos:** entre las que se encuentran benzodiazepinas como nitrazepam, triazolam y el midazolam que se utilizan para inducir la amnesia y la sedación preoperatoria y barbitúricos como el fenobarbital que disminuyen la actividad cerebral.
- **Ansiolíticos:** entre las que se encuentran benzodiazepinas que se emplean para controlar la ansiedad como alprazolam, bromazepam, midazolam, lorazepam y el diazepam que es el fármaco preferido contra el síndrome de abstinencia agudo en las personas dependientes del etanol, según el informe sobre sustancias sicotrópicas de la JIFE de 2018 (pag 98)

- **Antiepilépticos:** entre las que se encuentran benzodiacepinas como el clonazepam y también barbituticos.
- **Analgésicos:** entre las que se encuentran benzodiacepinas y la buprenorfina, utilizado principalmente en el tratamiento de la dependencia de opioides y la pentazocina, con propiedades y usos análogos a los de la morfina

En la siguiente tabla se presentan los consumos por grupos de sustancias sicotrópicas en el Ecuador.

**TABLA 6-2:** Consumos y previsiones de los principales grupos sicotrópicos

Consumo	
Grupo de Sustancias	
Estimulantes, (kg)	0.10
Sedantes hipnóticos, (kg)	0.27
Ansiolíticos, (kg)	0.75
Antiepilépticos, (kg)	0.88
Analgésicos, (kg)	0.08

**Fuente:** Reportes anuales de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes sobre sustancias sicotrópicas (E/INCB/2018).

El país no cuenta con un estudio de necesidades basado en la morbilidad, es decir, en función de la cantidad de personas que se enferman en un período de tiempo determinados en relación con el total de la población,

## 6.2 Precursores químicos y sustancias químicas específicas

*En Ecuador se fiscalizan 24 sustancias adicionales a las que constan en el Convenio de 1988.*

La legislación ecuatoriana, mantiene dos cuadros para identificar a los



precursores químicos y sustancias químicas específicas. En el Cuadro I presentan las sustancias que se emplean como insumos en la fabricación de medicamentos, siendo la efedrina y pseudoefedrina las que reportan usos en Ecuador<sup>16</sup> y en el cuadro II se presentan las sustancias con usos industriales.

De la Ley de Prevención Integral de Drogas, se desprende un Reglamento específico para el control de sustancias catalogadas sujetas a fiscalización.

En este reglamento se establecen las restricciones para el manejo de sustancias catalogadas sujetas a fiscalización y los procedimientos para la emisión de autorizaciones, también se establecen mecanismos de vigilancia hacia sustancias químicas no catalogadas, pero que puedan utilizarse en la fabricación de estupefacientes y sustancias psicotrópicas.

El reglamento somete a un estricto control, todo el ciclo productivo de las sustancias catalogadas sujetas a fiscalizaciones requeridas por el sector industrial privado legítimo, pero deja vacíos en cuanto al manejo de estas sustancias en las entidades del sector público, a quienes se las exime de controles.

Entre los controles establecidos para el manejo de sustancias catalogadas sujetas a fiscalización se cuentan otorgamiento de licencias y calificación de personas y empresas, autorizaciones previas de importación, comercio, transporte y destrucción de sustancias y suministro de reportes de transacciones.

De la revisión de las listas se determina que existen dos sustancias del Cuadro I de la Convención de 1988, que no han sido ingresados a los listados nacionales y 23 sustancias de los listados nacionales que no constan en los listados internacionales.

Los listados de precursores y sustancias químicas específicas se mantienen desde la promulgación de la Ley 108, y cuentan con las mismas medidas de fiscalización que los estupefacientes y sustancias sicotrópicas.

---

<sup>16</sup> Las sustancias efedrina y pseudoefedrina se necesitan legítimamente para la preparación de medicamentos antigripales

De las 23 sustancias que constan en los listados nacionales y no constan en los listados internacionales, no se tienen reportes de su riesgo real desvío hacia actividades ilícitas, manteniéndose sobre ellas el principio de precaución: *“Ante la falta de evidencia, considera el máximo riesgo”*.

La revisión de listados de sustancias catalogadas sujetas a fiscalización, requiere aprobaciones legislativas y no cuenta con procedimientos técnicos de actualización, el resultado de esta práctica es que no se han realizado modificaciones a los listados de sustancias catalogadas desde la promulgación de las leyes que los originaron.

El Plan Nacional de Drogas 2017-2020, determina un objetivo específico para prevenir la producción ilícita de drogas, en el cual se plantean líneas de acción orientadas en la realización de estudios de oferta y demanda de sustancias catalogadas sujetas a fiscalización y el fomento de la a corresponsabilidad de la industria en el manejo adecuado de sustancias controladas y vigiladas, para evitar su desvío hacia actividades ilícitas.

Se plantea como un componente transversal del Plan Nacional de Drogas la generación de evidencia y conocimiento científico sobre el fenómeno socio económico de las drogas, sin embargo, la supresión del organismo encargado del seguimiento y evaluación del cumplimiento del plan, ha dificultado la participación y el acceso de la sociedad civil a las investigaciones y resultados de los estudios que se hayan realizado al respecto.

### **6.3 Propuesta de planes, programas y proyectos de droga a nivel sectorial**

- La propuesta de planes y políticas sobre drogas y sustancias catalogadas sujetas a fiscalización, así como el seguimiento de la aplicación de las políticas debe estar a cargo de un organismo con dedicación exclusiva y especializada, que cuente con capacidad y autoridad jurídica de coordinar y gestionar con el círculo de componentes de su ejecución. Este organismo especializado debería estar a cargo del control del presupuesto asignado por el gobierno para la aplicación de las políticas de drogas en el Ecuador.
- Debe existir una oficina encargada de evaluar el cumplimiento de las

políticas de drogas, este observatorio de drogas debe encargarse de recopilar, sistematizar, analizar y publicar la información estadística relacionada con la aplicación de la política de drogas. Los resultados deben ser públicos y permitir medir la eficacia de las acciones llevadas a cabo.

- Se debe promover la investigación que permita obtener evidencias científicas para la aplicación de políticas de drogas, en este caso la colaboración público privada se convierte en la mejor alternativa para optimizar los recursos disponibles.
- La autoridad sanitaria nacional tiene que establecer un sistema de cálculo de las necesidades de medicamentos fiscalizados en función de la frecuencia de los problemas de salud y las normas de tratamiento para garantizar la disponibilidad de estupefacientes y psicotrópicos necesarios como estimulantes, anestésicos, ansiolíticos, antiepilépticos y analgésicos.
- Para garantizar la disponibilidad de sustancias catalogadas sujetas a fiscalización es necesario establecer medidas de fiscalización adecuadas al nivel de riesgo de desvío, las necesidades médico terapéuticas y la utilidad en el desarrollo del sector industrial y artesanal como alternativa se pueden aplicar mecanismos de vigilancia y de autorregulación en lugar del régimen de fiscalización existente.
- El acceso público de medicamentos estupefacientes y psicotrópicos debe ser suficiente para evitar sufrimiento innecesario y las políticas públicas deben incluir a los laboratorios farmacéuticos y casas comerciales para priorizar la producción y comercialización de estupefacientes y psicotrópicos de bajo costo.
- La investigación para usos terapéuticos del cannabis, se tiene que promover a través de la academia, en conjunto con organizaciones no gubernamentales. Deben abrirse espacios para la participación ciudadana en temas de interés, como la legalización de drogas y la siembra, cultivo y cosecha de plantas de las puedan obtenerse estupefacientes, estos espacios permitirán recibir de primera fuente la percepción de la ciudadanía y grupos de interés como cuerpos colegiados, gremios industriales, academia y organizaciones especializadas.

- Se deben revisar los listados de precursores y sustancias químicas específicas, para retirar del régimen de control a las sustancias que no presenten experiencias de usos ilícitos.
- La investigación a través de organismos especializados e independientes, debe permitir contar con datos estadísticos e información actualizada que permita identificar los riesgos y actuar de manera anticipada. Los sistemas de alertas tempranas son mecanismos imprescindibles para la oportuna detección, evaluación del riesgo y generación de información que permita mitigar y reducir el impacto de drogas emergentes, estos sistemas deben integrar a todas las instituciones vinculadas a la aplicación de las políticas de drogas.
- El acceso público a información actualizada relacionada con alertas tempranas, investigaciones realizadas, datos estadísticos y resultados obtenidos durante la aplicación de las políticas sobre drogas incrementan la confianza en las instituciones encargadas de llevar a dichas políticas.



## **CAPÍTULO VII**

---

***DROGAS Y DERECHOS  
HUMANOS:  
¿QUIMERA O REALIDAD?***

---



Jorge Vicente Paladines

## CAPÍTULO VII

### DROGAS Y DERECHOS HUMANOS: ¿QUIMERA O REALIDAD?

#### 7.1 Introducción

La teoría de los Derechos Humanos presenta varios cortapisas frente a la aplicación de la política de drogas. Y es que, básicamente, el fundamento de la política de drogas se halla en la prohibición del consumo, esto es, en la relación o contacto que cualquier persona o grupo tenga con las sustancias definidas y catalogadas como ilegales dentro del Régimen Internacional de Prohibición de Drogas o *global drug prohibition*. La construcción de un esquema de “ilicitud”, entendido como la negación a la legitimidad de cualquier actividad tendiente al consumo adquiere varios matices a la luz del derecho. La evolución del individualismo y los derechos que permiten materializar sus libertades (autonomía de la voluntad o libre desarrollo de la personalidad) se convierten en la principal contradicción del discurso que supone la defensa colectiva de la salud pública a través del sistema penal.

En Ecuador, esta contradicción se manifiesta mediante la ruptura normativa de dos programas distintos. De un lado, el programa establecido en la Constitución de la República, que a través del artículo 364 asume al fenómeno de las drogas como una cuestión de salud pública y no de penalidad. Asimismo, la protección de la libertad del consumo a través de la prohibición de su criminalización, es decir, bajo el reconocimiento de que éste es lícito. De otro lado, se encuentra el programa de las leyes de rango infraconstitucional que ponen en marcha la política de drogas mediante el uso del así denominado Derecho Penal, en especial en un diálogo que va entre el Código Orgánico Integral Penal (COIP) y las agencias de seguridad y justicia.

Los derechos humanos de este modo no tienen una clara aplicación hermenéutica. Al haber dos programas con concepciones distintas, las libertades sufren una suerte de expectativa judicial. Esto significa que sólo a través de la interpretación y reconocimiento de los órganos judiciales, la política de drogas podría ser moderada por los Derechos Humanos, pues son



los jueces quienes en definitiva se encargan de dar el sentido y aplicación de una norma. Un equilibrio que, sin embargo, no impide el incremento de los arrestos en la insistente labor de las agencias policiales.

El propósito de este breve trabajo es mostrar el doble estándar de los Derechos Humanos a partir de la aplicación de la política de drogas, en especial a través de la comparación entre la indulgencia normativa y la práctica punitiva. Dos dimensiones que claramente señalan las diferencias entre el camino *de jure* Vs. el camino *de facto* del Derecho.

## **7.2 Ecuador y el progresismo normativo de jure**

Ecuador forma parte de los países que se proyectan como “modelo de reformas” en cuanto a la transformación de sus leyes de drogas<sup>17</sup>. De hecho, la alusión a criterios de proporcionalidad, inscritos en su programa legislativo sobre drogas, le hace merecedor de una plausible prospectiva en el concierto internacional, al punto de ser catalogado como un país que descriminaliza el consumo. Aquella valoración, sin duda, tiene su fundamento en la evolución de sus normas que suponen entrelazar además su posición política.

El estado actual de la legislación sobre drogas deja entrever que existe una evolución en relación con los Derechos Humanos, particularmente con la construcción de parámetros que establecen una mayor proporcionalidad de las penas (escalas de castigo) y, además, con el mensaje que impediría la criminalización del uso o consumo (cantidades umbral). En retrospectiva, el carácter de las leyes anti-drogas no fue nada alentador. Su origen tuvo lugar en el curso del siglo pasado a través de un proceso de reformas que se comunica finalmente, con las leyes emergentes posterior a la Constitución de 2008. De esta manera, se puede mencionar: la ley de control del opio de 1916; la ley sobre importación, venta y uso del opio y sus derivados y de los preparados de la morfina y de la cocaína de 1924; la ley sobre el tráfico de materias primas, drogas y preparados estupefacientes de 1958; la ley de control y fiscalización del tráfico de estupefacientes de 1970; la ley de control y fiscalización del tráfico de estupefacientes y sustancias psicotrópicas de 1974;

---

17 Véase en particular el informe de la Organización de Estados Americanos, Alternativas al encarcelamiento para delitos relacionados con drogas (OEA, 2015).

la ley de control y fiscalización del tráfico de estupefacientes y sustancias psicotrópicas de 1987; y, la ley de sustancias estupefacientes y psicotrópicas de 1990, vigente durante veinticuatro años, es decir hasta el año 2014.

A breve rasgos, cada una de estas leyes fue portadora de un esquema de penalidad que iba de menor a mayor proporción de castigo. En general, cada reforma confirmaba el aumento de las penas, así como el registro de una nueva sustancia a reprochar. De este modo, a pesar que la ley de control del opio de 1916 no hacía más que acomodar al Estado ecuatoriano en el concierto de su Convención Internacional<sup>18</sup>, fue la ley sobre importación, venta y uso del opio, sus derivados y de los preparados de la morfina y de la cocaína de 1924, la que apuntó a enjuiciar los escasos –pero ancestrales– cultivos de hoja de coca que había en el país. Obtuvo de este modo un “enfoque andino”, a diferencia del “enfoque asiático” a consecuencia de las guerras del opio.

En 1958 se amplió el espectro de la prohibición. Esta vez, además de las drogas en estado vegetal, se dirigió la penalidad a la elaboración de precursores químicos y materias primas a través de la ley sobre el tráfico de materias primas, drogas y preparados estupefacientes<sup>19</sup>. Aunque tres años después sería puesta al mundo la Convención Única de Estupefacientes, esta ley fue la primera en implementar al tráfico como categoría jurídico penal a nivel nacional<sup>20</sup>.

A finales de 1970 fue promulgada la ley de control y fiscalización del tráfico de estupefacientes (Paladines, 2016, p. 10). Su principal característica fue el incremento de las penas de ocho a doce años de reclusión, cuya matriz

---

18 El surgimiento del reproche mundial a las drogas es resultado de las denominadas “guerras del opio” suscitadas entre 1839-1842 y 1856-1860, las cuales desencadenaron en la creación de la Convención Internacional contra el Opio en 1912.

19 Con posterioridad a esta ley hubo además una serie de reformas, tales como el decreto legislativo de 1959 (Registro Oficial 940), la codificación de 1960 (R.O. 1202), el decreto ley de 1963 (R.O. 82); y, el decreto supremo de 1964 (R.O. 161). No obstante, la principal característica de la ley de drogas de 1958 fue su relación con el Código Penal promulgado durante el gobierno de Alberto Enríquez Gallo en 1938 (Paladines, 2016, p. 9).

20 Con el afán de describir la represión a las drogas se generó un elevado grado de imprecisión biotécnica y semántica. Se emplearon términos como “sustancias estupefacientes”, “sustancias psicotrópicas” o “narcóticos” que aluden específicamente a cuestiones distintas. Por ejemplo, la cocaína o la marihuana no son narcóticos en estricto sentido (Youngers y Rosin, 2005, p. 17).

se confirmó en la reforma de 1974 que extendió la persecución sobre las sustancias psicotrópicas (Paladines, 2016, p. 10-11). El desarrollo de las leyes portadoras del título “tráfico” adquirió una curiosa equiparación. En 1987 se puso en vigencia la nueva ley de control y fiscalización del tráfico de estupefacientes y sustancias psicotrópicas, que colocó en una misma escala de castigo al tráfico con el homicidio.

No obstante, el mayor tiempo de vigencia de las leyes anti-drogas que ha regido en Ecuador viene de la ley de sustancias estupefacientes y psicotrópicas de 1990 (ley 108)<sup>21</sup>, promulgada dentro de una década donde América Latina formaba parte de la crónica roja desatada en el marco de la guerra contra los carteles. Esto permitió que el fenómeno de las drogas sea concebido como un problema de *Seguridad Nacional*<sup>22</sup>. Por ello, poco importó el carácter social o de salud pública, pues su trasfondo era implementar el paradigma bélico de la guerra contra las drogas a través de la penalidad. La ley 108 no tuvo empacho en dirigir el grueso de su articulado a la persecución penal, a pesar que sus considerandos y principios se enfocaban a la salud pública.

---

21 Esta reforma estuvo atada con el aumento de las penas acaecido en el año 2001. Su esquema propició el incremento del castigo de un techo de dieciséis a veinticinco años dentro de la denominada “reclusión mayor especial”.

22 En el marco de la doctrina de Seguridad Nacional se desataron además conflictos de baja intensidad en algunas naciones latinoamericanas, tales como el caso “Irán-Contras” (Nicaragua) o la intervención de EE.UU. en el marco de la detención de Manuel Antonio Noriega (Panamá).

**Figura 1:** Organización cuantitativa de ley 108



**Fuente:** Elaboración propia

Posterior a esta ley comienza un nuevo proceso de reformas normativas. El punto de partida se halla en la Constitución de la República vigente desde 2008. La principal característica se destaca a través del establecimiento de *umbrales*, entendidos como un parámetro técnico-político a fin de evitar la criminalización de los usuarios de drogas de uso ilícito; es decir, a) distinguir de este modo la simple posesión de la oferta o microtráfico; b) determinar los grados de castigo o penalidad; y, c) alejar a la justicia penal como única respuesta o salida inmediata (Harris, 2011, p. 4-8). Los umbrales se convierten en una de las fórmulas que contribuye a la legitimidad de las actividades asociadas al consumo. De este modo, la política habría reconocido que el uso de drogas forma parte del ejercicio de la autonomía de la voluntad y libre desarrollo de la personalidad<sup>23</sup>. Aún más, porque la principal norma del Ecuador proscribía la criminalización o el uso de los sistemas penales para castigar el consumo. Así, el artículo 364 señala expresamente que:

“Las adicciones son un problema de salud pública. Al Estado le

23 El papel de las leyes de drogas y la protección de la autonomía de la voluntad había sido además objeto de revisión judicial en países como Colombia (sentencia constitucional No. 221 de 1994) y Argentina (Fallo Arriola de la Corte Suprema de 2009).

corresponderá desarrollar programas coordinados de información, prevención y control del consumo de alcohol, tabaco y sustancias estupefacientes y psicotrópicas; así como ofrecer tratamiento y rehabilitación a los consumidores ocasionales, habituales y problemáticos. En ningún caso se permitirá su criminalización ni se vulnerarán sus derechos constitucionales”. (Constitución de la República del Ecuador)

Ante la vigencia de la ley 108 y el mensaje de la Constitución de la República, los umbrales reconocen la concepción de licitud de la posesión o tenencia para el consumo de drogas. En especial, porque la misma Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas de 1988 (Art. 3.4) establece que la posesión sólo será concebida como delito si persigue como interés cualquiera de las acciones contempladas para el tráfico. Los umbrales promulgados en el año 2013 intentan de esta forma atenuar el impacto del entonces vigente artículo 62 de la ley 108, que castiga el mero hecho de la posesión o tenencia a través de penas desproporcionadas que iban de doce a dieciséis años de encarcelamiento, con una eventual acumulación a veinticinco.

**Tabla 1:** Cantidades Umbral para la posesión lícita de drogas

Sustancia	Umbral en gramos
Marihuana	10 gramos
Pasta base de cocaína	2 gramos
Clorhidrato de cocaína	1 gramo
Heroína	0,01 gramos
MDA	0,15 gramos
MDMA	0,015 gramos
Anfetaminas	0,040 gramos

**Fuente:** Resolución 001-CONSEP-CD-2013. Elaboración propia

Al siguiente año de establecida por primera vez una política de umbrales, Ecuador reformó todo el bloque de leyes penales concentrándolas en el denominado Código Orgánico Integral Penal (COIP)<sup>24</sup>. A través de este

<sup>24</sup> El COIP fue promulgado el 10 de febrero de 2014 mediante su publicación en el Registro Oficial No. 180 y entró en vigencia seis meses más tarde, esto es el 10 de agosto del mismo año.

novedoso cuerpo legal se derogó la ley 108. Las disposiciones penales de esta ley fueron remitidas y modificadas dentro del COIP, especialmente en el artículo 220 que lleva como título o *nomen iuris* “Tráfico ilícito de sustancias catalogadas sujetas a fiscalización”. Además de reconocer los umbrales como parámetro para evitar y no volver punible la posesión para consumo, se crearon cuatro *escalas de castigo* para establecer proporcionalmente un rango de penas acorde al género y cantidad de sustancias. De esta manera, el tráfico fue estratificado en mínima escala (i), mediana escala (ii), alta escala (iii) y gran escala (iv). Interesantemente, el parámetro sobre la cantidad de las sustancias es definido por el órgano encargado de la política de drogas y no por la Asamblea Nacional, como en efecto ocurrió mediante la Resolución No. 002 CONSEP-CD-2014.

La puesta en marcha del COIP, los umbrales y las escalas de castigo no obtuvo una inmediata recepción por parte de los operadores de justicia, pues la población carcelaria tardó más de un año en recibir sus beneficios. Desde la publicación del COIP en febrero de 2014, los procesos para la liberación de las personas condenadas con el anterior estatuto legal demoraron un promedio de dieciocho meses en el marco de la aplicación del así denominado principio de favorabilidad (El Comercio, Seguridad y Justicia, 2015, p. 5)<sup>25</sup>. Adicionalmente, la reforma fue atacada desde una visión conservadora de la política que, al final, tuvo acogida dentro del mismo gobierno que la introdujo. Las escalas del castigo de la joven reforma penal fue sustituida al siguiente año por una modificación para aumentar las penas (decisión legislativa)<sup>26</sup> y reducir los umbrales (decisión ejecutiva)<sup>27</sup>, además de una inmediata jurisprudencia de la Corte Nacional de Justicia para acumular las penas hasta cuarenta años –como concurso real de delitos– cuando el encausado

---

25 Para la promoción de los derechos de las personas privadas de la libertad en función de la reforma legal, véase la *Guía de aplicación del principio de favorabilidad para las personas condenadas por delitos de drogas en Ecuador* (Pazmiño, Paladines y Brito, 2015).

26 Esta reforma se introdujo dentro de las disposiciones reformativas con motivo de la expedición de la ley orgánica para la prevención integral del fenómeno socioeconómico de las drogas y regulación y control del uso de sustancias catalogadas sujetas a fiscalización en el año 2015. La (contra)reforma aumentó las penas en lo referente a los tráficos de mínima y mediana escala.

27 Resolución No. 001-CONSEP-CD-2015.

fuese imputado por posesión de dos o más sustancias (decisión judicial)<sup>28</sup>. Su principal consecuencia: el aumento estrepitoso de la tasa de encarcelamiento (Paladines, 2017, p. 49)

**Tabla 2:** Escalas de castigo (2014 y 2015): Tráficos a mínima y mediana escala

Mínima escala (2014)			Mínima escala (2015)		
Sustancia	Cantidad	Penas	Sustancia	Cantidad	Penas
Marihuana	0 a 300 gr.	2 a 6 meses	Marihuana	0 a 20 gr.	1 a 3 años
Cocaína	0 a 50 gr.	2 a 6 meses	Cocaína	0 a 1 gr.	1 a 3 años
Pasta Base de Cocaína	0 a 50 gr.	2 a 6 meses	Pasta Base de Cocaína	0 a 2 gr.	1 a 3 años
Heroína	0 a 1 gr.	2 a 6 meses	Heroína	0 a 0,1 gr.	1 a 3 años
Mediana escala (2014)			Mediana escala (2015)		
Sustancia	Cantidad	Penas	Sustancia	Cantidad	Penas
Marihuana	300 a 2000 gr.	1 a 3 años	Marihuana	20 a 300 gr.	3 a 5 años
Cocaína	50 a 2000 gr.	1 a 3 años	Cocaína	1 a 50 gr.	3 a 5 años
Pasta Base de Cocaína	50 a 500 gr.	1 a 3 años	Pasta Base de Cocaína	2 a 50 gr.	3 a 5 años
Heroína	1 a 5 gr.	1 a 3 años	Heroína	0,1 a 0,2 gr.	3 a 5 años

**Fuente:** Elaboración propia (sustancias estupefacientes) \*

Aunque sigue vigente el aumento que determinó los rangos de la penalidad en las escalas de castigo, cuatro años más tarde la Corte Nacional dejó sin lugar la jurisprudencia emitida que acumulaba las penas como concurso de delitos desde 2015<sup>29</sup>. Asimismo, la Corte Constitucional confirmó –a través de consulta– la constitucionalidad de los umbrales publicados en 2013<sup>30</sup>. De cualquier manera, no cabe duda que, a pesar de las contradicciones, Ecuador mantiene normativamente un esquema de legislación más jurídico y progresista que el determinado por la ley 108. El reconocimiento constitucional de un estándar que prohíbe la criminalización del consumo (i), el establecimiento de umbrales para proteger la licitud del uso de drogas de la penalidad (ii); y, la construcción de criterios de proporcionalidad penal a través de las escalas de castigo dentro del COIP (iii), dejan entrever que existe un notorio progreso *de jure* que posiciona a Ecuador como un país que ha cristalizado en sus leyes una perspectiva más humana de la política de drogas.

28 Resolución No. 0012-2015 de la Corte Nacional de Justicia del Ecuador.

29 Resolución No. 02-2019 de la Corte Nacional de Justicia del Ecuador.

30 Sentencia No. 7-17-CN/19 de la Corte Constitucional del Ecuador.

### 7.3 La aplicación de facto del COIP y su carácter regresivo

Calificar a Ecuador como un “país garantista” a partir de sus definiciones legales puede ser prematuro. Múltiples estudios y reportes caen en una suerte de trampa ilusoria tras comparar las normas (penas) entre determinados países, sin medir o evaluar su verdadero impacto en los hechos. En este sentido, no siempre existe una relación matemática entre las normas *de jure* y las normas *de facto*, en especial cuando tienen que ver con el Derecho Penal. En medio de este viaje se presentan varios factores que inciden en su relación fáctica: el comportamiento de las agencias de seguridad en la práctica de los arrestos (i); las resoluciones de los jueces y tribunales de justicia para la confirmación o no de los cargos (ii); y, las salidas o excepciones al encarcelamiento posterior al establecimiento de las condenas (iii). Por ello, no siempre la cifra de arrestos se confirma con la cantidad de condenas, al igual que las sentencias con el proceso de ejecución penal.

No obstante, un potente indicador que se constituye en el sismógrafo de las definiciones legales es la tasa de encarcelamiento. El número de personas privadas de la libertad sigue siendo una de las principales fuentes de evaluación no sólo de las normas, sino también de la política criminal en general. Y, a partir de esta fuente, podríamos comenzar a sospechar si las reformas legales –del papel– tienen o no un efecto real sobre las personas –de carne y hueso–.

Varios reportes y estudios han corroborado el incremento de la tasa de encarcelamiento en Ecuador (El Telégrafo, 28.01.2019). En este sentido, la tendencia sigue *in crescendo*. No obstante, llama la atención el papel que desempeña la nueva legislación de drogas vigente desde 2014-2015. Cerca de cumplirse su primer quinquenio, la nueva legislación de drogas (COIP), caracterizada por asumir un evidente criterio de proporcionalidad, no ha incidido en la moderación del encarcelamiento, al menos en el mantenimiento o equilibrio de una misma estadística. Demás resta decir que mucho menos ha logrado incidir en la disminución de la tasa de encarcelamiento.



**Tabla 3:** Relación del encarcelamiento con la población nacional durante 30 años

<b>Año</b>	<b>Población Carcelaria</b>	<b>Población Nacional</b>
1989	6.978	
1990	7.679	10.149.666
1991	7.884	10.355.598
1992	7.998	10.567.946
1993	8.856	10.786.984
1994	9.064	11.012.925
1995	9.646	11.246.107
1996	9.961	11.486.884
1997	9.506	11.735.391
1998	9.439	11.992.073
1999	8.520	12.257.190
2000	8.029	12.531.210
2001	7.859	12.814.503
2002	8.723	13.093.527
2003	9.866	13.319.575
2004	11.358	13.551.875
2005	11.603	13.721.297
2006	16.584	13.964.606
2007	16.933	14.214.982
2008	13.125	14.472.881
2009	11.517	14.738.472
2010	14.550	15.012.228
2011	16.704	15.266.431
2012	20.826	15.520.973
2013	24.863	15.774.749
2014	23.531	16.027.466
2015	26.421	16.278.844
2016	30.656	16.528.730
2017	35.967	16.776.977
2018	37.802	17.023.408
2019	39.558	

Elaboración propia. Fuente SNAI. Corte 30.03.2019<sup>31</sup>

31 La construcción de la presente información proviene del Servicio Nacional de Atención Integral a Personas Adultas Privadas de la Libertad y Adolescentes Infractores del Ecuador (SNAI). Tras la eliminación del Ministerio de Justicia, Derechos Humanos y Cultos, la información histórica se recopila desde la entonces Dirección Nacional de Rehabilitación Social (DNRS) y el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC). El último censo nacional fue elaborado en 2010. Por ende, gran parte del cálculo de la población nacional surge de las proyecciones realizadas por esta entidad.

Si se compara en general el histórico número de personas privadas de la libertad desde 2014 hasta el 2019, hay un alarmante incremento en relación al mismo período de tiempo anterior a la reforma. Así, los años 2014 (23.531), 2015 (26.421), 2016 (30.656), 2017 (35.967), 2018 (37.802) y 2019 (39.558) difieren notoriamente de los años 2013 (24.863), 2012 (20.826), 2011 (16.704), 2010 (14.550) y 2009 (11.517). Hay un promedio de tres mil personas más privadas de la libertad, cuya cifra se incrementa a partir del año 2016. Sin embargo, ¿cuánto de este incremento representan los delitos relacionados con las drogas?

**Tabla 4:** Representación total de las detenciones en Ecuador

Infracción	Hombres	Mujeres	Total	Porcentaje
Delitos relacionados con las drogas	9.579	1.566	11.145	28,63%
Delitos contra la propiedad	9.700	480	10.180	26,15%
Delitos contra la integridad sexual y reproductiva	5.844	30	5.874	15,09%
Delitos contra la vida	4.808	208	5.016	12,88%
Asociación ilícita y criminalidad organizada	1.617	307	1.924	4,94%
Otros delitos, contravenciones y medidas de carácter civil (alimentos)	4.502	292	4.794	12,31%
<b>Total</b>	<b>36.050</b>	<b>2.883</b>	<b>38.933</b>	<b>100%</b>

Elaboración propia. Fuente SNAI. Corte 30.01.2019

Los delitos relacionados con las drogas constituyen el mayor componente de la privación de la libertad en Ecuador, incluso por encima de los delitos contra la propiedad. La política de drogas tiene una potente relación con el encarcelamiento, donde la legislación desempeña un rol marginal. De esta forma, podría decirse que *de facto* hay una mayor precipitación del encarcelamiento a raíz de las reformas *de jure*. El grupo que compone la cifra más representativa no sólo ocupa un lugar central en las estadísticas, sino también en la determinación de los espacios de todos los centros de privación de la libertad del país, es decir, que incide notoriamente además, en el incremento del hacinamiento en cuanto a la población carcelaria.

#### 7.4 A modo de síntesis y recomendación

- La relación de la política de drogas con los Derechos Humanos no es armónica. A nivel jurídico-normativo, Ecuador está en la punta de los países americanos que reconoce los criterios de proporcionalidad como fuente de interpretación y aplicación de la justicia penal en materia de drogas. Asimismo, consagra en rango constitucional el principio de prohibición de criminalización de usuarios de drogas, sean éstas lícitas o ilícitas. Para ello, organizó desde 2013 una política de umbrales a fin de materializar esta disposición constitucional, enviando un notorio mensaje de licitud del consumo (*posesión inocente*) a las agencias de seguridad y justicia, siempre y cuando se adecue a los parámetros determinados para cada sustancia.
- Sin embargo, a pesar del reconocimiento y articulación de fuentes de carácter normativo, el número de personas privadas de la libertad por delitos relacionados con las drogas se ha incrementado alarmantemente. Esto quiere decir que no existe una relación entre lo que dicen las normas y lo que se hace con ellas. Si bien las normas tuvieron como espíritu atenuar –bajo una concepción garantista– la visión *manodurista* de la política de drogas, en los hechos no se ha logrado tal propósito.
- Este breve análisis pone en el tablero de futuras investigaciones la urgente necesidad de explicar las causas de este divorcio, pero además advierte que la concepción de Derechos Humanos no debe basarse únicamente en la elaboración o reformas de nivel normativo.
- Así, aunque Ecuador preserve una legislación progresista y liberal *de jure*, ha desarrollado *de facto* una práctica mucho más punitiva que antes, que deja entrever el vacío pedagógico de la ley en las agencias de seguridad. Quizá se encuentre aquí la pista del presente enigma, pues si los Derechos Humanos se asocian a un estado de contención y reducción de la tasa de encarcelamiento, lamentamos decir que por ahora este propósito aún no se ha logrado.

## **CAPÍTULO VIII**

***LA POLÍTICA DE DROGAS  
DEL ECUADOR:  
(DES) ESTRUCTURA Y (DES)  
ARTICULACIÓN INTERINSTITUCIONAL***



**Carla Álvarez Velasco**

## **CAPÍTULO VIII**

### **LA POLÍTICA DE DROGAS DEL ECUADOR: (DES) ESTRUCTURA Y (DES) ARTICULACIÓN INTERINSTITUCIONAL <sup>32</sup>**

El presente documento tiene como objetivo hacer una reflexión sobre el estado actual de la institucionalidad pública encargada de la política de control de drogas en Ecuador. Se plantea que, a partir del cierre de la Secretaría Técnica de Prevención Integral de Drogas (SETED), en Ecuador no existe una institución responsable del diseño y gestión de la política pública de drogas del país, y que este vacío genera múltiples dificultades en lo que respecta a la gestión del conocimiento, a la coordinación interinstitucional y a la comunicación social. Finalmente, este ensayo busca contribuir al debate en torno a la política de droga del país y a sus urgencias.

#### **8.1 La política de drogas del Ecuador: las instituciones y las normas hasta el año 2000**

Ecuador tuvo su primera política de drogas a inicios del siglo XX. En esta se trataba a los problemas relacionados con el uso conflictivo de las drogas ilegales como un asunto de salud pública. Poco a poco esta perspectiva fue cambiando debido a las presiones existentes en el contexto internacional.

En efecto, desde mediados del siglo XX, el sistema internacional instauró progresivamente una serie de regímenes que promovían la adopción de una nueva mirada común para manejar los asuntos relacionados con las drogas, la cual fue en detrimento de las realidades locales y de la toma de decisiones autónoma y soberana de los países. Esta perspectiva única fomentaba la clasificación de las drogas entre legales e ilegales, la abstención del consumo de drogas ilegales y el castigo a los consumidores, productores y comercializadores de estas sustancias. Los regímenes en mención fueron: la Convención Única sobre Estupefacientes de 1961, el Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971, y la Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas de 1988.

---

32 Este trabajo forma parte de un proyecto más amplio, desarrollado con la FES-ILDIS, cuyas reflexiones parcialmente se presentan en este texto.

Ecuador también recibió la influencia y la presión del sistema internacional, es así que en 1987, el gobierno promulgó la Ley de Control y Fiscalización del Tráfico de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas. Con esta nueva normativa, el país dejó de abordar el uso conflictivo de drogas como un asunto de salud pública y comenzó a castigar los delitos relacionados con las drogas como si se tratasen de delitos como el homicidio, el asesinato o la violación sexual. Esto, entre otras cosas, produjo una enorme desproporción entre el tipo de delito y el castigo.

Poco tiempo después, el gobierno del Ecuador volvió a ajustar el marco normativo, debido a intensas presiones externas. En efecto, en 1990 se aprobó la “Ley sobre Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas”, más conocida como Ley 108<sup>33</sup>. Sin duda, ésta fue una de las normativas más severas e irracionales de toda América Latina, puesto que permitía que un consumidor de drogas o un traficante en mínima escala recibiera condenas más severas que las condenas que recibiría un homicida o un violador (Paladines 2013; Edwards 2010). A esto se suma que, entre 1990 y 2008, la Ley 108 fue una de las normas más administradas en todo Ecuador (Edwards, 2010: 53) debido a la cooperación entre el aparato de administración de justicia penal y la policía nacional. Estas circunstancias hicieron de la ley ecuatoriana de drogas, probablemente la más injusta pero también la más utilizada.

En el marco de la mencionada norma, se creó el Consejo Nacional de Control de Sustancias Psicotrópicas y Estupefacientes (CONSEP). El objetivo del CONSEP fue reducir la demanda interna de drogas; controlar la producción y tránsito de sustancias hacia el exterior; promover programas de desarrollo alternativo, integral y sostenible; establecer un observatorio de drogas; hacer seguimiento al mercado de sustancias sujetas a fiscalización; administrar bienes incautados en operativos contra el narcotráfico, entre otros.

---

33 A propósito del proceso de elaboración de la Ley 108, Sandra Edwards comenta: “La comisión (legislativa) sintió tal presión por cumplir con el plazo que le fue impuesto, así como a causa del contexto político que rodeaba todo el proceso, que cuando finalmente presentó su trabajo al Congreso los párrafos carecían de orden, con oraciones que a menudo carecían de coherencia lógica. El Congreso ecuatoriano, sin embargo, la aprobó tal cual fue presentada. Una vez promulgada, se envió la Ley a la Sección de Asuntos de Drogas (NAS) de la Embajada de Estados Unidos. Muchas de las sugerencias planteadas por la NAS, así como los comentarios hechos por la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) de la OEA, fueron incorporados posteriormente a la ley, la cual fue dada a conocer en una segunda edición corregida en el Registro Oficial de Ecuador” (Edwards 2010: 52). Finalmente, esta ley se promulgó el 17 septiembre de 1990 (R.O. 525, 1990)

El CONSEP fue la institución más longeva del Ecuador al servicio de la política de drogas (1990-2018); después de tantos años de vida, el balance de su gestión no ha estado exento de polémica, porque su accionar estuvo muy vinculado a los intereses y a las visiones del gobernante de turno, sin llegar a lograr nunca una verdadera autonomía de gestión. No obstante lo dicho, esta institución era la única dentro de todo el entramado de instancias responsables del control del mercado ecuatoriano de drogas, dedicada de manera exclusiva, a implementar la política de control de drogas del gobierno ecuatoriano, era también la única dedicada a levantar información primaria sobre el consumo de drogas en el país, además la única encargada de hacer seguimiento al mercado de sustancias sujetas a fiscalización que se utilizan de la industria ecuatoriana, y cumplía un rol de “tercera parte imparcial” dentro del proceso de destrucción de drogas decomisadas. En otras palabras, el CONSEP tenía un papel muy relevante en la gestión de la política de drogas del Estado ecuatoriano.

Una vez que el país contó con un marco normativo e institucional adecuado la cooperación internacional, especialmente norteamericana, comenzó a fluir. Esa sí que desde finales del siglo XX, los gobiernos de Estados Unidos y del Ecuador suscribieron varios acuerdos de cooperación para luchar contra las drogas. Como parte de los compromisos, el Estado ecuatoriano asumió el desafío de reducir y/o controlar de la producción y de la comercialización de sustancias. El cumplimiento de este compromiso, debía evidenciarse en el número de apresamientos a personas vinculadas al mercado de drogas, los cuales resultaron ser principalmente consumidores o traficantes de poca monta<sup>34</sup>, pero muy pocas veces grandes narcotraficantes.

A cambio, el gobierno norteamericano concedió preferencias arancelarias a un cierto número de productos ecuatorianos para su ingreso al mercado estadounidense (este beneficio también fue hacia otros países productores o comercializadores de drogas). También construyó, en el año de 1999, una Base Militar en la ciudad costanera de Manta, para contribuir a la lucha contra el narcotráfico. Adicionalmente, otorgó créditos preferenciales y varios montos

---

<sup>34</sup> Durante los 25 años de vigencia de la Ley 108, más de 50 000 personas fueron detenidas, la mayoría de ellas bajo el tipo penal de tenencia o posesión (Paladines, 2016: 42).



de cooperación no reembolsable. Por citar un ejemplo, en el período 2001-2005, Ecuador recibió de Estados Unidos unos 78 millones de dólares para contribuir a la lucha contra el narcotráfico, específicamente en su frontera norte, por ser esta una zona altamente vulnerable a las actividades del narco (Álvarez, 2006).

Como se puede ver, a finales el siglo XX, se configuró un contexto internacional favorable al paradigma punitivo represivo para controlar el mercado internacional de las drogas. Este paradigma, influyó sobre el Ecuador promoviendo una nueva lectura respecto a cómo reducir el fenómeno de las drogas y sus complejidades, así como un nuevo ordenamiento legal interno y una institucionalidad favorable estos fines. Esto ocurría pese a que Ecuador, a diferencia de sus países vecinos (Colombia y Perú), era un actor marginal tanto en la dinámica transnacional del tráfico ilícito de drogas como en el mercado de consumo de sustancias ilícitas<sup>35</sup>.

## **8.2 Un nuevo milenio, una nueva coyuntura y un poco más de lo mismo**

A mediados de la década de 2000, una nueva coyuntura política regional y nacional abrió la posibilidad de cambiar el *statu quo* imperante en Ecuador en materia de drogas. A nivel de la región sudamericana, se produjo un clima de efervescente progresismo y de voluntad de integración regional. Es así que se formó la Unión de Naciones Suramericanas (UNASUR), la Alianza Bolivariana para los pueblos de nuestra América (ALBA), la Comunidad de Estados Latinoamericanos y Caribeños (CELAC). Este ambiente de cooperación y de integración, sin duda, estuvo motivado por una bonanza económica, misma que fue el resultado del incremento en los precios de ciertas materias primas, como el petróleo. El boom económico también estuvo acompañado por un período de estabilidad política de la que buena parte de estos países gozaron.

Estos dos elementos (continuidad política y crecimiento económico) permitieron el surgimiento de varios bloques de integración regional, que crearon espacios de debate sobre temas de drogas, en los que se

---

<sup>35</sup> Según Pablo Andrade, los estudios sobre consumo de drogas en Ecuador, realizados a partir de 1988, demostraron que, paradójicamente, en Ecuador el consumo de psicofármacos lícitos era superior al de sustancias ilícitas (Andrade, 1991: 43-62), no obstante el gobierno estaba mucho más interesado en prohibir y castigar el uso de sustancias ilícitas.

lograron posiciones comunes. Un ejemplo de estos espacios fue el Consejo Suramericano sobre el Problema Mundial de las Drogas (CSPMD), que se creó en el seno de la UNASUR en el año 2010, con el impulso del gobierno del Ecuador. En espacios como éste, varios países se mostraron predispuestos a revisar el paradigma punitivo y a adoptar una visión más centrada en la reducción de daños que en la mera prohibición del consumo.

A nivel interno, en 2006, un nuevo gobierno electo dio varias señales de su voluntad de modificar el paradigma excesivamente represivo, que se había impuesto en el país desde la década de 1980. La primera señal fue el reconocimiento constitucional (Artículo 364) de que el consumo conflictivo de drogas es un problema de salud pública y no un delito. Otra señal fue el “indulto a las mulas”, lo cual fue implementado en julio de 2008, con varios resultados positivos, como la excarcelación de 2221 personas apresadas por tráfico menor de drogas y la reducción del hacinamiento carcelario<sup>36</sup>. El pequeño número de personas indultadas reincidentes (alrededor del 1%) reforzó el éxito de esta decisión<sup>37</sup>. Estas acciones impulsaron una modificación del marco legal vigente, y de alguna manera, y alentaron un cambio en la mirada convencional sobre cómo manejar los asuntos relacionados con drogas.

Progresivamente, Ecuador siguió reformando su política de drogas, tarea en la cual el CONSEP jugó un papel muy importante. En efecto, esta entidad emitió una tabla de cantidades máximas para la posesión de drogas de uso ilícito, la cual estaba enfocada en evitar la criminalización de los consumidores (2013). Poco tiempo después, aprobó una segunda tabla, la cual diferenciaba las distintas escalas del tráfico de drogas—mínima, mediana, alta y gran escala— por sustancia. Ambas tablas establecían una guía de aplicación de penas en una relación proporcional al delito cometido (2014).

---

36 Esta acción cubrió a las personas sentenciadas por traficar, transportar, adquirir o llevar consigo sustancias ilegales, y que cumplieran con los siguientes criterios: haber sido declarado culpable; tratarse de su primer delito; haberse encontrado en posesión de dos kilogramos o menos; y haber cumplido, al menos, el 10 % (o un año) de la sentencia (Álvarez, 2014).

37 La experiencia ecuatoriana, respecto al indulto a las mulas, posicionó a Ecuador como un referente internacional de buenas prácticas en varios foros, entre ellos la OEA, que en el informe denominado “Alternativas al encarcelamiento para delitos relacionados con las drogas” hizo referencia al caso ecuatoriano (Organización de los Estados Americanos, 2015: 37-38).

En materia legislativa, en el año 2014 la Asamblea Legislativa aprobó el Código Orgánico Integral Penal (COIP) que contemplaba la disminución de las penas en los delitos relacionados con drogas y que establecía, por primera vez, una proporcionalidad en las penas relacionadas con los delitos de drogas.

La política exterior ecuatoriana también se reorientó, buscando romper de diferentes formas la dependencia externa que caracterizaba el comportamiento de Ecuador en este ámbito. En consecuencia, en 2009, el gobierno finalizó el permiso de funcionamiento de la Base Militar de Manta, mencionada anteriormente. Además, decidió prescindir de la cooperación comercial vinculada a la lucha contra el narcotráfico, razón por la cual, rechazó las preferencias arancelarias que recibía de Estados Unidos, entre otras decisiones.

Sin embargo, los vientos de cambio no soplaron indefinidamente ni en Ecuador ni en América Latina. A partir de 2015, la caída de los precios de las materias primas latinoamericanas gestó una recesión económica que debilitó el apoyo de ciertos gobiernos a los regímenes de integración regional creados durante la bonanza. De hecho, organismos como la UNASUR entraron en un período de agonía que marcó su desaparición. Además, los líderes políticos de la región entraron en una fase de relevo, alterando las orientaciones políticas de algunos Estados. En ciertos casos, este recambio de liderazgos vino acompañado de una tendencia a retomar las iniciativas represivas para el control del consumo de drogas y del narcotráfico.

En 2015, el gobierno ecuatoriano comenzó a sufrir un cierto desgaste político, y económico también, que derivó en un cambio en la conducción de ciertas políticas públicas. En materia de control de drogas, la sombra que generaba el supuesto incremento del consumo de sustancias entre la población estudiantil ecuatoriana, puso fin a las propuestas alternativas. Este supuesto no estuvo acompañado de fuentes estadísticas que lo respalden, sin embargo, el gobierno hizo pública su intención de iniciar una lucha contra los microtraficantes, de quienes afirmó que se beneficiaban de la actual estructura legal existente, porque los eximía de la prisión preventiva y les

aplica condenas muy reducidas<sup>38</sup>. Así, el 5 de septiembre de 2015, durante la rendición de cuentas semanal de la Presidencia (Enlace Ciudadano 440), el ex-Presidente Correa levantó una alerta sobre el consumo de una nueva droga, también conocida como “H” (una sustancia de bajo costo y altos niveles de adicción, compuesta de heroína y otras sustancias), y planteó la necesidad de combatirla a través de la reedición de estrategias de “mano dura” y de reformas legales e institucionales.

Inmediatamente después del Enlace 440, comenzaron a ocurrir de manera vertiginosa los cambios anunciados por el Presidente, en el siguiente orden:

- A los nueve días: el CONSEP modificó las tablas umbral, con lo cual se redujeron las cantidades máximas de tenencia para consumo personal y se endurecieron los criterios para diferenciar las escalas del tráfico de drogas, con el objetivo de aumentar las condenas para los traficantes (Registro Oficial Suplemento 586, 2015).
- A los diecisiete días: se emitió un “fallo de triple reiteración”, mediante el cual se comenzó a aplicar el máximo acumulado de penas a aquellas personas que se encontraran con distintos tipos de drogas en cantidades iguales o diferentes (Registro Oficial 592, 2015).
- A los 21 días: se aprobó la Ley Orgánica de Prevención Integral del Fenómeno Socioeconómico de las Drogas y de Regulación y Control del Uso de Sustancias Catalogadas Sujetas a Fiscalización (Registro Oficial 615, 2015).

Las reformas implementadas redujeron significativamente la posibilidad de tratar los problemas relacionados con el consumo de drogas, con estrategias alternativas al encarcelamiento. Por su parte, la nueva Ley de Drogas implicó el cierre del CONSEP y su sustitución con una nueva institución, la Secretaría Técnica de Prevención Integral de Drogas (SETED), cuyo ciclo vital además de ser fugaz, marcó el fin de la institucionalidad ecuatoriana en materia de drogas.

---

<sup>38</sup> Al respecto, el ex-Presidente mencionó: “Para delitos menores de un año de prisión, no hay prisión preventiva, a ese microtraficante que se lo agarra con un gramo de heroína no se lo puede llevar preso ni se lo debe llamar a audiencia que nunca va y el juicio prescribe en seis meses y todo queda en impunidad. No estamos metiendo presos a los microtraficantes por el humanismo, porque somos democráticos, porque no hay que criminalizar la pobreza, pero se está envenenando a la población” (*El Universo*, 2015).

En efecto, a los dos años de su creación, mediante Decreto Ejecutivo 376, el 23 de abril de 2018, el gobierno cerró la SETED, aduciendo motivos presupuestarios. No obstante, el Ejecutivo distribuyó sus actividades y responsabilidades entre el Ministerio de Salud Pública y el Ministerio del Gobierno, que es la cartera que maneja a la Policía Nacional. Ahora bien, durante el poco tiempo que estuvo en vigencia la Secretaría, no pudo acumular logros significativos, tampoco pudo posicionarse ante la opinión pública. Sin embargo, y pese a la debilidad de esta instancia, su cierre dejó al Estado desprovisto de una institución encargada de implementar la política de drogas de manera centralizada, de hecho, la dejó dividida en dos grandes áreas de gestión: la sanidad y la represión. Esta división, dejó un vacío que en la actualidad genera múltiples dificultades en lo que respecta a la gestión del conocimiento, a la coordinación interinstitucional y a la comunicación social, entre otras áreas. Adicionalmente, este reacomodo institucional, ha desencadenado en un restablecimiento de las características de la política de la década de 1980, es decir, la preocupación política por la abstinencia en el consumo de sustancias, la preferencia por las estrategias de mano dura y la influencia externa.

### **8.3 Gestión del conocimiento**

Desde 1990, en Ecuador toda información generada en materia de drogas estuvo a cargo del CONSEP. Esta institución contaba con un Observatorio de Drogas, mismo que era un espacio generador de datos y de análisis, aunque con un limitado alcance. Esta información, permitió tener algunos conocimientos respecto al comportamiento del consumo de sustancias en el país según grupos etarios, tipos de drogas y en algunos casos según regiones; además, orientó la toma de decisiones del Ejecutivo.

La transición entre el CONSEP y la SETED, hizo que el Ecuador se quede sin un Observatorio de Drogas hasta la actualidad. A inicios de 2018 se creó una nueva entidad dedicada a generar información primaria, llamada “Centro de Investigación y Evidencia sobre Drogas”, mismo que fungiría como un observatorio de drogas. La misión de este centro era “generar y difundir, de forma permanente y oportuna, conocimiento e información veraz y objetiva sobre el fenómeno socioeconómico de las drogas, que sirva como base

para la formulación de políticas públicas en la materia” (Copolad, 2018). La creación de esta entidad se difundió en enero de 2018, sin embargo, dado que la SETED cesó sus funciones en abril del mismo año, no tuvo tiempo para iniciar su trabajo.

En consecuencia, en la actualidad, Ecuador carece de una institución que se dedique a la gestión del conocimiento en materia de drogas. No obstante, en el sistema internacional existen varios Estados y distintas organizaciones que continúan monitoreando los temas relacionados con drogas, tanto en el país como en el resto del mundo. Si asumimos la premisa de que “saber es poder”, podemos inferir que Ecuador está perdiendo poder para manejar sus problemáticas relacionadas con las drogas según sus criterios soberanos. En otras palabras, la falta de información producida localmente tiene repercusiones importantes, puesto que hace que el gobierno pierda autonomía en la generación de información sobre su propia realidad y refuerza la dependencia externa en la generación de conocimiento.

Esta situación implica, por una parte, que, en lo subsiguiente, los ecuatorianos podrán acceder a datos sobre su realidad local a través de informes y reportes producidos por organismos internacionales o por gobiernos extranjeros. Por otra parte, implica que la ausencia de una entidad encargada de la política de drogas en el país provoca que Ecuador corra el riesgo de adoptar decisiones más alineadas con intereses externos que con la realidad interna, generando impactos perjudiciales para la sociedad ecuatoriana. Esta alerta cobra relevancia en la actualidad, debido al agresivo estilo de política adoptado por Estados Unidos.

Nuevamente, desde Washington, se está propiciando la adopción de estrategias militares para el tratamiento de asuntos considerados de seguridad, entre ellos los temas relacionados con la producción, consumo y comercialización de las drogas. En muchas ocasiones, estas estrategias exceden las necesidades de cualquier política de prevención de consumo de drogas, incluso exceden las necesidades de interdicción del narcotráfico, pero facilitan diversas formas de cooperación militar con América Latina (Centro de Estudios Legales y Sociales, 2018: 9). De hecho, al momento Ecuador ha

iniciado un programa de cooperación militar con Estados Unidos que prevé los sobrevuelos de un avión militar norteamericano sobre el país y la concesión de las Islas Galápagos como un portaviones natural, ambas acciones para la interdicción del narcotráfico, sin que existan datos certeros, producidos localmente, sobre esta problemática.

Finalmente, la ausencia de una institución dedicada a la implementación de la política de drogas, deja en total anomia los temas relacionados con el archivo y la custodia de la información sobre la gestión pública en este campo. Esto implica que la historia de las políticas adoptadas, los estudios realizados, y el almacenamiento de los documentos han dejado de ser importantes país. En consecuencia, es muy probable que esta información se pierda, generando un consecuente vacío para la toma de decisiones en un futuro cercano.

#### **8.4 Coordinación interinstitucional**

El cierre de la institución responsable de aplicar la política pública de drogas implicó la distribución de sus actividades entre el Ministerio de Salud Pública (MSP) y el Ministerio de Gobierno, como ya se ha mencionado anteriormente. Esta repartición generó varios desafíos, entre ellos: la disolución de los temas de drogas en las enormes y complejas agendas de estas carteras de Estado; la falta de mecanismos de coordinación interinstitucional y el restablecimiento de una política de mano dura.

#### **8.5 La disolución de los asuntos de drogas**

Como es natural, al Ministerio de Salud se le encargó de la prevención y del tratamiento de consumos conflictivos de drogas en la sociedad ecuatoriana. Sin embargo, esta atribución no vino acompañada de recursos económicos para afrontarla. Si se considera que esta es una de las carteras más grandes del Estado, y que enfrenta una enorme competencia por el acceso a los recursos del fisco, es fácil prever que los temas de drogas pueden convertirse en un asunto de segundo orden, frente a otras urgencias sanitarias de mayor envergadura.

Una muestra clara de la dificultad del Ministerio de Salud para manejar los temas de drogas, constituyen las más de 30 personas muertas en lo que

va del año, como consecuencia de dos incendios en clínicas clandestinas de desintoxicación. Estas muertes evidenciaron, una vez más, que existe una importante demanda de servicios de internamiento para desintoxicación; que en respuesta a esta demanda, también existe una importante cantidad de centros clandestinos que ofrecen tratamiento; que, quienes acceden a estos servicios son personas que se encuentran en condiciones de gran vulnerabilidad; y que, el Estado, a través del Ministerio de Salud<sup>39</sup> no tiene capacidad para atender y/o proteger a las personas que acceden a estos servicios.

En lo que respecta al Ministerio de Gobierno, esta cartera de Estado es también una de las más grandes dentro de la estructura del Ejecutivo. En consecuencia, maneja una agenda política muy compleja que abarca todos los temas de gobernabilidad, incluyendo la dirección de la Policía Nacional. Ante la falta de institucionalidad en materia de drogas, también es posible vaticinar que algunos de los temas asignados, se convertirán en asuntos secundarios sobre los que no exista ningún control.

Por ejemplo, durante la vigencia de la SETED se implementó el programa conocido como *Bodegas vacías*, mediante el cual se buscaba priorizar la destrucción de la droga incautada por la Policía Nacional. Con su eliminación, el Ministerio quedó encargado de la totalidad del proceso: desde capturar la droga, pesarla, embodegarla y analizarla para determinar su composición, hasta destruirla. Los protocolos oficiales señalan que para evitar cualquier caso de corrupción, la incautación de drogas, el almacenamiento en bodegas y la destrucción de los productos incautados, son tareas que nunca deben estar en las manos de un mismo actor, especialmente en países débilmente institucionalizados, donde las cifras de captura difícilmente coinciden con las de destrucción. No obstante lo dicho, actualmente, el Ministerio de Gobierno es el único actor responsable de todo el proceso de destrucción de drogas incautadas, lo que lo ha convertido en juez y parte<sup>40</sup>. Esta situación genera incertidumbre y desconfianza sobre la transparencia de estos procesos.

---

<sup>39</sup> Una discusión más amplia sobre la problemática de los centros clandestinos de atención a drogodependientes se puede encontrar en *Ecuavisa* (2019).

<sup>40</sup> Estas inconsistencias se recogen con mayor detalle en dos reportajes realizados por el portal electrónico *Plan V* (2018a y 2018b).



Lo expuesto deja ver que existen importantes dificultades en la gestión de la política de drogas del Ecuador, las cuales se derivan de la incapacidad de las burocracias para tratar adecuadamente todas las responsabilidades que les han sido encomendadas. Esto sugiere la necesidad de contar con una institución que de manera exclusiva se dedique a la ejecución de las estrategias y acciones contempladas en la política de drogas del país.

### **8.6 Hace falta más coordinación**

Es importante mencionar que, tanto el Ministerio de Gobierno como el Ministerio de Salud son entidades muy grandes, que además tienen la misma jerarquía dentro de la estructura del Estado. En estas circunstancias, ante la ausencia de una instancia que coordine las acciones derivadas de la política ecuatoriana de drogas, se vuelve factible que las prioridades de una entidad se impongan sobre las prioridades de la otra.

En otras palabras, históricamente el Estado ecuatoriano ha destinado un moderado presupuesto para la prevención del consumo de sustancias y al tratamiento de usuarios conflictivos, mientras que ha asignado mayores recursos para prohibir y castigar el consumo, producción y tráfico de las drogas ilegales. Esto se muestra claramente cuando analizamos el presupuesto que el Estado en esta área. En efecto, los recursos asignados a la SETED, durante su tiempo de funcionamiento, fueron unos 10,8 millones de dólares (Ministerio de Finanzas del Ecuador 2016; 2017). De este monto, aproximadamente el 74% (equivalente a unos 8 millones de dólares) estaba destinado al pago de salarios de funcionarios con nombramiento, el resto de recursos, es decir, el 26% servía para cubrir gastos de funcionamiento y para el despliegue de acciones.

En contraposición, el presupuesto para la lucha contra el narcotráfico, solamente durante el primer semestre de 2015, fue de 157 millones de dólares. A esto se suma que el dinero destinado al proceso de judicialización de personas que han cometido delitos relacionados con las drogas, durante el mismo período, ascendió a 22,6 millones (Gudiño y Vélez, 2017: 100-103). Evidentemente, ambos rubros eran muy superiores a los disponibles para la SETED.

A esto se suma la existencia de fallas en el sistema ecuatoriano, puesto que un gran número de apresamientos realizados por la Policía han sido (y siguen siendo) cuestionados mediante distintos procesos judiciales auspiciados con defensores públicos. Se calcula que el Estado ecuatoriano, entre el 2015 y 2016, ha gastado aproximadamente 97,4 millones de dólares en defender a aquellas personas que fueron detenidas por delitos de drogas y que iniciaron un proceso judicial para lograr su excarcelación y/o apelar la condena (Gudiño y Vélez, 2017: 100-103). De esta manera, el Estado que apresa y encarcela es el mismo Estado que defiende al ciudadano de sus propias acciones y de sus propias arbitrariedades.

Ahora bien, el cierre de la entidad responsable de gestionar la política pública del país, implicó la renuncia a los enfoques centrados en los derechos humanos; también implicó la prevalencia de la estrategia policial para combatir los problemas relacionados con las drogas, pese a sus exiguos resultados.

Esta reflexión sobre el presupuesto y el gasto fiscal en relación a los resultados y fallos en el sistema, pese a ser muy incompleta debido a que no es el objetivo central de este texto, es relevante porque muestra la falta de coordinación interinstitucional entre las entidades responsables de gestionar la política de drogas del país. Además, muestra que esta falta de articulación produce errores con altísimos costos para la sociedad y para el Estado. Pero lo más grave, muestra el abandono de todo interés por coordinar adecuadamente las acciones que lleven a la adecuada gestión de las estrategias planificadas para este fin.

Definitivamente, la ausencia de una entidad que lidere la política de drogas del Ecuador, y la atribución de sus funciones al Ministerio de Salud y al Ministerio de Gobierno, ha hecho que en el país no se pueda hablar de la existencia de una verdadera articulación y coordinación interinstitucional para tratar el fenómeno socio económico de las drogas y sus problemáticas relacionadas. Más bien es posible hablar de una política dividida en dos carteras de Estado, con endeblez los lazos de conexión y la ausencia de una mirada integral sobre las problemáticas a tratar.

## **8.7 Comunicación**

Así como la gestión del conocimiento y la coordinación interinstitucional son procesos débiles, la comunicación sobre políticas de drogas también lo es, porque se eliminó la vocería oficial y, de manera tácita, se ha delegado a los medios privados la responsabilidad de informar y comunicar sobre este campo.

En Ecuador, los medios de comunicación privados han privilegiado la promoción de información sobre incautaciones y decomisos de cargamentos de drogas y también sobre las cantidades de dosis que los microtraficantes venden en la sociedad. Este tipo de información tiende a amplificar la presencia del narcotráfico en el país y a generar miedo en la sociedad, mostrando a la niñez y a la juventud ecuatorianas (especialmente a quienes se encuentran en condiciones de pobreza) como grupos amenazados por los intereses de los traficantes de drogas. Esta representación de la realidad, pese a no estar respaldada por datos objetivos, debido a la inexistencia de un Observatorio de Drogas o de cualquier otra entidad que cumpla con la función de generar información, ha servido para legitimar el empleo de estrategias de “mano dura”.

Si bien, por una parte, los medios de comunicación han privilegiado las noticias relacionadas con el comercio ilegal de sustancias, debido a su espectacularidad, por otra parte, han omitido la cobertura mediática sobre la inexistencia de una institucionalidad responsable del manejo de la política de drogas en el país. El hecho de que se cierre la SETED, sin que los medios de comunicación abran un debate público sobre las implicaciones de esta decisión gubernamental, ha generado un vacío de comunicación en perjuicio de la ciudadanía.

## **8.8 Recomendaciones Estructurarlas**

- En un modelo de Estado que busca optimizar la gestión estatal, sin evaluar técnicamente sus decisiones, sin un plan con una orientación concreta, sino con una lógica de austeridad por austeridad, el cierre de la Secretaría Técnica de Drogas, y la ausencia de una política integral de drogas es toda una declaración de intenciones. De hecho, desde la

mirada de la importancia de ahorrar recursos, las causas estructurales del consumo de drogas, del tráfico de sustancias ilícitas, o inclusive de los modos de articulación del Ecuador dentro de un mercado ilegal global, son poco relevantes debido a que complejizan excesivamente las posibilidades de respuesta del Estado.

- En este escenario, es posible esperar el retorno de políticas conservadoras y de criminalización del consumo, las cuales son altamente costosas para la sociedad. Esto en un contexto en el cual no existe una institución que cumpla las funciones de: generar conocimiento; articular la gestión de las distintas instituciones del Estado aludidas por el tema; y comunicar a la sociedad maneras alternativas de solución de los problemas relacionados con las drogas.
- Frente a esta situación, en este trabajo se sugiere involucrar a los funcionarios de la antigua SETED, que pasaron a formar parte ya sea del Ministerio del Interior o del Ministerio de Salud Pública, en todo tipo de iniciativa que se implemente respecto de la gestión de las problemáticas relacionadas con los distintos fenómenos derivados de las drogas. De esta manera, se evitará la pérdida de los conocimientos y la experticia ganada por estos funcionarios durante su carrera profesional.
- Se recomienda el rescate de todas aquellas iniciativas consideradas como buenas prácticas y que, sin requerir ingentes cantidades de recursos, permitan la continuidad de iniciativas exitosas, que son fácilmente utilizables y transparentes.
- En tercer lugar, se propone activar un mecanismo de articulación entre el Ministerio de Gobierno y el Ministerio de Salud, mismo que permitiría coordinar presupuestos, esfuerzos e iniciativas. En esta agenda de coordinación, la función judicial también podría ser una parte activa. De esta manera, podría evitarse la costosa persecución y judicialización de usuarios y consumidores de sustancias, como ha venido ocurriendo, y destinar mayores recursos a la prevención en el consumo de drogas y al diseño de estrategias de reducción de daños.
- Fortalecer a la comunidad académica. En Ecuador existe un reducido grupo de expertos interesados en las diversas aristas de las problemáticas derivadas de los mercados de drogas, de los usos

conflictivos y recreativos, de la rehabilitación, de las políticas de interdicción, entre muchos otros. La propuesta, entonces, consiste en fortalecer la experticia de esta comunidad para generar nuevos datos, análisis, incluso para evaluar la política pública en esta materia, ante la ausencia de un centro estatal especializado. De hecho, una tarea urgente consiste en monitorear de manera continua los gastos en los que incurre el Estado ecuatoriano, al mantener una estrategia punitiva y represiva, frente a los costos económicos y humanos que podría representar una política más centrada en la “reducción de daños”. El apoyo estatal a esta comunidad requiere muy poco dinero y fortalecería una red de conocimiento capaz aportar de forma asertiva a la toma de decisiones.

- Finalmente, es necesario fortalecer a las organizaciones de la sociedad civil y vincularlas a la gestión de la política pública, como una estrategia para propiciar la complementariedad entre las iniciativas oficiales y las iniciativas ciudadanas. Muchas organizaciones han venido trabajando ya en la legalización del cannabis, en la defensa de los derechos de los usuarios de drogas, y en la exposición de las incoherencias e injusticias producidas en la gestión pública; por tanto, éstas cuentan con una valiosa experiencia que podría ser útil para mejorar la gestión.

## **CAPÍTULO IX**

---

***RESUMEN DE PLANES  
PROGRAMAS Y PROYECTOS DE  
DROGA A NIVEL SECTORIAL***

---



**Daniela Ocaña**

## **CAPÍTULO IX**

### **RESUMEN DE PLANES PROGRAMAS Y PROYECTOS DE DROGA A NIVEL SECTORIAL**

#### **9.1 A manera de resumen, la actual política pública de drogas del Ecuador y su planificación**

El Ecuador es un país que ha transitado por una serie de cambios en cuanto a la política y legislación para abordar el fenómeno socio económico de las drogas. Estos se han reflejado en diversos escenarios: la normativa que evolucionó en materia de garantía de derechos y abordaje integral del consumo de drogas; el cambio evidente en el lenguaje y actitud hacia un fenómeno social complejo que apunta a la inclusión social y a la no criminalización o estigmatización del consumo de drogas y la adicción; la creación de agencias gubernamentales que en un inicio se basaron en la mirada securitista centrada en la sustancia y luego progresaron hacia consejos o comités cuyo fin es el de atender a la población y prevenir posibles problemas o trastornos. En cuanto al sistema de salud integral, se conforma por distintos dispositivos de tratamiento bajo modalidades que pueden adaptarse a las necesidades y realidades de la población en situación de vulnerabilidad asociada a las drogas. El sistema de educación integral considera a las niñas, niños y adolescentes como población en situación de vulnerabilidad asociada a drogas y se ha convertido en un factor de protección para este segmento poblacional. Finalmente, el sistema judicial que ha establecido cantidades tanto para el porte máximo de drogas para no criminalizar el consumo, y cantidades para sancionar proporcionalmente al tráfico ilícito de mínima, mediana, alta y gran escala, considerando los tipos de drogas y los problemas psicosociales asociados a estas actividades ilícitas.

Si se quisiera establecer una línea de tiempo simple, el proceso de cambio empezó desde la creación de la Dirección Nacional Contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes (DINACTIE) en 1979, mediante Registro Oficial Nro. 171 de la “Ley Orgánica del Ministerio Público”. Después, en 1987 se promulga la Ley de Control y Fiscalización de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas y la



División Nacional Contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes (DINACONTES), adscrita a la Procuraduría General del Estado. Tres años después, en 1990 se publica la Ley sobre Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas, mejor conocida como Ley 108, en donde se dispone la conformación del Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas (CONSEP). En el 2015, de acuerdo a la Ley Orgánica de Prevención Integral del Fenómeno Socio Económico de las Drogas y Control del Uso de Sustancias Catalogadas Sujetas a Fiscalización, el CONSEP es reemplazado por la Secretaría Técnica de Drogas y se crea el Comité Interinstitucional de Prevención Integral del Fenómeno Socio Económico de las Drogas y de Regulación y Control del Uso de Sustancias Catalogadas Sujetas a Fiscalización. Finalmente, en el 2018, mediante Decreto Ejecutivo Nro. 376 y su reforma, se suprime la Secretaría Técnica de Drogas, y las atribuciones se distribuyen entre el Ministerio de Salud Pública y el Ministerio de Gobierno. Según el Decreto en mención, la Secretaría del Comité Interinstitucional de Prevención Integral del Fenómeno Socio Económico de las Drogas y de Regulación y Control del Uso de Sustancias Catalogadas Sujetas a Fiscalización, es adjudicada a la Autoridad Sanitaria Nacional.

Sin embargo, este tránsito entre leyes, normas, reformas, creaciones y disoluciones ha creado una brecha significativa entre los servicios del Estado y la población que requiere de una política clara que efectivamente aborde el fenómeno de drogas considerando las necesidades de una población cuya realidad se encuentra atravesada por determinantes sociales que van más allá de la relación dicotómica entre consumidor y no consumidor. Al respecto, a manera de síntesis, se establecerán los actores que se encuentran inmersos directamente en el abordaje del fenómeno de las drogas, los aciertos que han tenido basados en los programas analizados y las deudas latentes que requieren de un acercamiento diferente al establecido.

## **9.2 Ámbitos, actores y proyectos**

Para entender la variabilidad de efectos de las drogas, no se puede disociar la sustancia consumida del sujeto consumidor ni del contexto donde se da el acto del consumo. Esto es así porque una cosa es el laboratorio, y otra distinta son las condiciones, materiales y simbólicas, en las que los sujetos, en su

vida cotidiana, consumen drogas (Romani, 2008). En este sentido, a pesar de que el marco de referencia de abordaje del fenómeno de las drogas se ha planteado como integral, se han definido ámbitos de actuación y actores para que las distintas entidades respondan a las necesidades de la población, no sólo asociadas al consumo problemático de drogas, sino a los demás problemas psicosociales que orbitan alrededor del mismo y que son definidos como factores de riesgo y factores de protección. En un sistema de prevención ideal, los esfuerzos para reducir el impacto de un problema psicosocial operarían como factores protectores para otras posibles afectaciones tanto a nivel individual como comunitario (Sánchez, s/a).

De acuerdo a la Ley de Prevención<sup>41</sup> y su Reglamento General, existen trece instituciones del Estado que se encuentran directamente relacionadas con el abordaje del fenómeno socio económico de las drogas, que responden a competencias basadas en la garantía de derechos de acuerdo a la Constitución y los tratados internacionales en esta materia: Ministerio de Salud Pública, Ministerio de Educación, Ministerio de Inclusión Económica y Social, Ministerio de Gobierno, Secretaría de Derechos Humanos, Secretaría del Deporte, Ministerio del Trabajo, Secretaría Técnica de Juventudes, Ministerio de Cultura y Patrimonio, Servicio Nacional de Atención Integral a Personas Adultas Privadas de Libertad y Adolescentes Infractores, Ministerio de Defensa Nacional, Ministerio de Relaciones Exteriores y Movilidad Humana y la Secretaría de Educación Superior, Ciencia, Tecnología e Innovación.

Cada entidad opera bajo un marco regulatorio e institucional que define el rol y mandato, y establece un marco de referencia para planificar, implementar y reportar sus actividades (Addiction, 2017). El marco institucional es el Plan Nacional de Prevención Integral y Control del Fenómeno Socio Económico de las Drogas 2017 – 2021, aprobado en el 2018, mediante resolución Nro. CI-SETED-2017-003 del Comité. El organismo encargado de recopilar y reportar esta información en el caso del Ecuador es el Ministerio de Salud Pública a través de la Secretaría Técnica del Comité de Drogas<sup>42</sup>. Los ámbitos de

---

41 Se denominará Ley de Prevención de Drogas, a la Ley Orgánica de Prevención Integral del Fenómeno Socio Económico de las Drogas y Control del Uso de Sustancias Catalogadas Sujetas a Fiscalización.

42 Se denominará Comité de Drogas al Comité Interinstitucional de Prevención Integral y

actuación, si bien son transversales, se definen de acuerdo a las competencias establecidas por ley de cada una de las instituciones. Estas intervenciones deben adaptarse a las particularidades culturales del territorio y responder a las demandas de la población de acuerdo a factores socioeconómicos que incrementan o disminuyen la posibilidad de consumo de drogas o de involucramiento en actividades ilícitas asociadas a las mismas (Ley Orgánica de Prevención Integral del Fenómeno Socio Económico de las Drogas y Control del Uso de Sustancias Catalogadas Sujetas a Fiscalización, 2015).

### **9.3 Ámbito de la salud**

En el ámbito de la salud, La Autoridad Sanitaria Nacional tiene por competencias: prevenir el uso y consumo de drogas, especialmente en población en situación de vulnerabilidad; desarrollar políticas sanitarias de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y seguimiento a personas que usan drogas. Además, debe diseñar, planificar y ejecutar estrategias de educación para la salud y prácticas saludables. En el ámbito de tratamiento, le compete regular y controlar los establecimientos que presten servicios de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación a personas con consumo problemático de drogas. Finalmente, dentro de sus obligaciones se encuentra regular y controlar la prescripción y el uso médico de medicamentos que contengan sustancias catalogadas sujetas a fiscalización (SCSF) (Reglamento General a la Ley Orgánica de Prevención Integral del Fenómeno Socio Económico de las Drogas y Control del Uso de Sustancias Catalogadas Sujetas a Fiscalización, 2016).

A pesar de que las autoridades de salud reconocen que los trastornos mentales y el abuso de sustancias constituyen importantes problemas de salud pública<sup>43</sup>, investigaciones realizadas en los últimos años demuestran que se ha subestimado su magnitud, no solo a nivel nacional sino a nivel

---

Control del Fenómeno Socio Económico de las Drogas y Control del Uso de Sustancias Catalogadas Sujetas a Fiscalización.

43 De acuerdo a la Constitución de la República del Ecuador, en el artículo 364 se declaran a las adicciones como un problema de salud pública. Al Estado le corresponderá desarrollar programas coordinados de información, prevención y control del consumo de alcohol, tabaco y sustancias estupefacientes y psicotrópicas; así como ofrecer tratamiento y rehabilitación a los consumidores ocasionales, habituales y problemáticos. En ningún caso se permitirá su criminalización ni se vulnerarán sus derechos constitucionales.

mundial. En la región de las Américas, el número de personas con trastornos mentales aumentó de 114 millones en 1990 a 176 millones en el 2010. Según el Informe de la Salud en el Mundo 2002, el abuso de alcohol fue el factor de riesgo que más influye en la carga de enfermedades en esta región. Y, a pesar de que la frecuencia del consumo de drogas ilícitas en las Américas es menor que la del alcohol, la tendencia es ascendente y se asocia a la transmisión de VIH y otras enfermedades infecciosas (Roses Periago, 2005).

La evidencia demuestra que los sistemas de salud deben considerar la atención integral, que no separe los trastornos o afecciones, sino que prevenga el desarrollo o brote de una enfermedad, promocionando estilos de vida saludables y trabajando en la prevención de factores de riesgo. Este abordaje opera de manera eficaz en lo que concierne a la atención del fenómeno socio económico de las drogas.

Una política de salud pública dirigida a controlar el uso de drogas debe integrar estrategias de prevención (universal, selectiva e indicada), detección e intervención temprana, tratamiento, rehabilitación, reintegración social los servicios complementarios para las personas usuarias, sus familias y las comunidades. El objetivo debe ser la reducción de las consecuencias adversas del uso de sustancias psicoactivas, en especial entre aquellas poblaciones que viven en mayores condiciones de vulnerabilidad (Amador & Cortes).

El Ministerio de Salud Pública, en el 2014 publicó el Modelo de Atención de Salud Mental en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud – Con enfoque familiar, comunitario e intercultural (Ministerio de Salud Pública, 2014). El modelo responde a las necesidades identificadas de acuerdo a los lineamientos internacionales para salud mental y al diagnóstico y evaluación de necesidades. Dentro de las que priman, el sistema de salud busca: reducir el número de hospitales psiquiátricos, establecer servicios comunitarios de salud mental, crear servicios de salud mental en los hospitales generales, integrar la salud mental en la atención primaria de salud, colaborar con los servicios comunitarios no formales, promover el auto cuidado y fomentar la colaboración intersectorial e intrasectorial. El objetivo del Modelo es fortalecer los servicios de salud mental del Ministerio de Salud Pública, y las que

pertenecen al Sistema Nacional de Salud, reorientándolos hacia la promoción de la salud y la prevención en todos sus niveles, incorporando los enfoque de interculturalidad, género, generacional, derechos y con participación social (Ministerio de Salud Pública, 2014).

De acuerdo al Plan de Drogas, la Autoridad Sanitaria Nacional se inscribe en el Eje 1: Reducción de la Demanda, Objetivo 2: Brindar atención integral e intersectorial a las personas que presentan uso o consumo problemático de drogas (SETED, 2018), dentro de las siguientes estrategias:

**Estrategia 1: Fortalecer la detección y derivación de personas que presentan uso o consumo problemático de drogas**

**Línea de acción 1.1** Implementar un Sistema Nacional de Información, Seguimiento y Monitoreo de los casos de consumo problemático de drogas, atendidos en el Sistema Nacional de Salud.

**Estrategia 2: Implementar servicios de atención integral intersectorial para la población con uso o consumo problemático de drogas, con énfasis en grupos en situación de vulnerabilidad.**

**Línea de acción 2.1** Ampliar la Red de Atención Integral en Salud, a personas que presentan uso o consumo problemático de drogas en las modalidades de tratamiento que la ASN determine.

**Línea de acción 2.2** Fortalecer la capacidad de respuesta en los Establecimientos de Tratamiento de Alcohol y Otras Drogas (ESTAD).

**Estrategia 4: Implementar un modelo de intervención de reducción de riesgos y daños asociados al uso y consumo problemático de drogas.**

**Línea de acción 4.2** Implementar y fortalecer los servicios extramurales de atención integral para personas con uso o consumo problemático de drogas (SETED, 2018).

En lo que respecta al Eje 2: Reducción de la Oferta, Objetivo 3: Disminuir la oferta de drogas destinadas al consumo interno, el Ministerio de Salud Pública se alinea la siguiente estrategia:

**Estrategia 1: Optimizar los procesos de control del uso ilícito y administración de sustancias catalogadas sujetas a fiscalización (SCSF).**

**Línea de acción 1.1** Revisar, adecuar y desarrollar normativa para el control y administración de SCSF.

**Estrategia 4: Generar proyectos de desarrollo alternativo y preventivo en poblaciones en situación de riesgo.**

**Línea de acción 4.1** Mejorar las cadenas de producción de mayor impacto económico en las poblaciones intervenidas (SETED, 2018).

#### **9.4 Ámbito de educación**

“Las escuelas pueden muy bien influir en el comportamiento en lo que se refiere al empleo de drogas (...). La función principal de las escuelas es enseñar a conseguir aptitudes, impartir conocimientos y establecer una base de valores sólidos en relación con la salud y el consumo de drogas, y no modificar comportamientos que quizá estén determinados por factores que escapan a la influencia de la escuela” (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2004)

Los espacios educativos se consideran como factores protectores de riesgos psicosociales, incluido el uso y consumo de alcohol, tabaco y otras drogas. Además de ello, el ámbito educativo es el indicado para propiciar espacios de participación y construcción colectiva, donde las niñas, niños y adolescentes se vuelvan el eje del proceso de enseñanza-aprendizaje,

incorporando a todos los actores sociales corresponsables de la educación de esta población, además, la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2004), considera que:

Las escuelas pueden muy bien influir en el comportamiento en lo que se refiere al empleo de drogas (...). La función principal de las escuelas es enseñar a conseguir aptitudes, impartir conocimientos y establecer una base de valores sólidos en relación con la salud y el consumo de drogas, y no modificar comportamientos que quizá estén determinados por factores que escapan a la influencia de la escuela.

Por otro lado, el espacio educativo permite abordar los mitos y estereotipos asociados a las drogas y a las personas que tienen consumos problemáticos. Análogamente, La Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR) (2019), señala que:

La escuela es uno de los lugares más importantes de encuentro de la comunidad. Es allí donde los estudiantes del país entablan relaciones con la cultura, con la producción colectiva de significados, con la sociedad, con el mundo. En ella, los estudiantes construyen vínculos, conviven con pares y adultos y generan lazos de pertenencia y de participación social a través de diversas prácticas.

En Ecuador, de acuerdo con el estudio de Factores de riesgo y protección del consumo de drogas ilícitas en estudiantes de noveno año de educación general básica (EGB), primero y tercero del bachillerato general unificado (BGU) realizado por la Ex Secretaría Técnica de Prevención Integral de Drogas en el 2016, los estudiantes que declararon haber faltado a clases a escondidas, tienen una probabilidad 50,2% mayor de haber consumido alguna droga ilícita durante el último año, en comparación con estudiantes que no faltaron a escondidas. Por otro lado, la probabilidad de consumo de drogas ilícitas aumenta significativamente si es que los estudiantes tienen amigos que consumen tabaco, lo cual incrementa la probabilidad en un 46,2%.

Estos datos reflejan cuestiones importantes. Por un lado, la institución educativa representa un factor determinante para el consumo de drogas y además, al ser el espacio donde se reproducen las dinámicas sociales de la

comunidad, puede ser capaz de influir en comportamientos que promuevan o desalienten el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.

Se trata de crear espacios de participación y reflexión, promover discusiones grupales, dejar entrar en la vida de los chicos y chicas a la escuela, que puedan expresar lo que piensan, lo que sienten, lo que quieren, que puedan encontrar en los docentes a adultos disponibles capaces de escuchar sus preguntas, sus dudas, sus incertidumbres (Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico, 2019).

La escuela o institución educativa se convierte entonces en la posibilidad de encuentro comunitario, donde confluyen todos los actores sociales. En este sentido, debe considerarse que la educación para la prevención del uso de drogas incluya, además de los programas oficiales en materia de salud, la creación de un entorno escolar seguro y sano, la prestación de servicios de salud y respaldo apropiados, así como la intervención con la familia y de la comunidad (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2004).

La Autoridad Educativa Nacional tiene como competencias el desarrollar políticas y ejecutar programas encaminados a la formación para prevenir el uso y consumo de drogas e incluir en las mallas curriculares contenidos relacionados con los riesgos del consumo de drogas; proporcionar el relacionamiento entre pares y espacios de enseñanza, así como formación para docentes en prevención integral del uso y consumo de drogas; generar programas de promoción de la salud y prevención de uso y consumo de droga, que contengan información que permita la sensibilización, concientización, reducción de factores de riesgo y el fortalecimiento de los factores de protección de los estudiantes, padres, madres y representantes legales, docentes, autoridades educativas, profesionales de los departamentos de consejería estudiantil y personal administrativo (Reglamento General a la Ley Orgánica de Prevención Integral del Fenómeno Socio Económico de las Drogas y Control del Uso de Sustancias Catalogadas Sujetas a Fiscalización, 2016).

De acuerdo con el Plan de Drogas, al Ministerio de Educación le compete inscribir su accionar dentro del Eje 1: Reducción de la demanda, Objetivo 1:



Prevenir el uso y consumo de drogas, dentro de las siguientes estrategias y líneas de acción:

**Estrategia 1: Disminuir factores de riesgo en el ámbito social**

**Línea de acción 1.3** Generar procesos culturales, deportivos y recreativos sostenidos que promuevan el buen uso del tiempo libre, con enfoque en niñas, niños, adolescentes y jóvenes.

**Estrategia 2: Reducir factores de riesgo en el ámbito comunitario-familiar e individual.**

**Línea de acción 2.1** Desarrollar habilidades de crianza y convivencia armónica del individuo en su familia y comunidad, principalmente en los territorios priorizados.

**Línea de acción 2.2** Promover procesos de comunicación asertiva y discusión familiar sobre el uso de drogas.

**Estrategia 3: Disminuir factores de riesgo en niñas, niños, adolescentes y jóvenes.**

**Línea de acción 3.1** Implementar procesos de prevención e identificación oportuna de comportamientos de riesgo, asociados al uso o consumo de drogas a través de Departamentos de Consejería Estudiantil, Departamentos de Bienestar Estudiantil y Direcciones de Talento Humano.

**Estrategia 4: Fortalecer factores protectores en el ámbito social**

**Línea de acción 4.1** Generar campañas comunicacionales con mensajes preventivos estandarizados y basados en evidencia científica.

**Estrategia 5: Potenciar factores protectores en el ámbito comunitario-familiar e individual.**

**Línea de acción 5.1** Crear y fortalecer grupos comunitarios que fomenten la cohesión social y el sentido de pertenencia a la comunidad.

**Línea de acción 5.2** Generar campañas locales para fomentar la participación ciudadana en actividades de promoción de la salud y prevención del uso y consumo problemático de drogas.

**Estrategia 6: Fortalecer factores protectores en el ámbito educativo (Educación inicial, básica, media y superior)**

**Línea de acción 6.1** Capacitar a los profesionales de los Departamentos de Consejería Estudiantil y de los Departamentos de Bienestar Estudiantil en la intervención temprana del desarrollo de conductas positivas (SETED, 2018).

De igual manera, en el Objetivo 2: Brindar atención integral e intersectorial a las personas que presentar uso o consumo problemático de drogas, las estrategias dentro de las que se definen las competencias de la Autoridad Educativa Nacional son:

**Estrategia 1: Fortalecer la detección y derivación de personas que presentan uso o consumo problemático de drogas.**

**Línea de acción 1.1** Implementar un Sistema Nacional de Información, Seguimiento y Monitoreo de los casos de consumo problemático de drogas atendidos en el Sistema Nacional de Salud.

**Estrategia 3: Fomentar la inclusión económica y social de personas con consumo problemático de drogas.**

**Línea de acción 3.2** Implementar procesos de sensibilización e inclusión social, familiar-comunitaria e individual (SETED, 2018).

**Ámbito de inclusión social**

Lo seguro, en todo caso, es que nada es menos inocente que el *laissez-faire*;

si es verdad que la mayoría de los mecanismos económicos y sociales que están en el origen de los sufrimientos más crueles, en especial los que regulan el mercado laboral y el mercado escolar, son difíciles de frenar o modificar, lo cierto es que toda política que no aproveche plenamente las posibilidades, por reducidas que sean, que se ofrecen a la acción, y que la ciencia puede ayudar a descubrir, puede considerarse culpable de no asistencia a una persona en peligro (Bordieu, 1999).

La vida cotidiana está sujeta a cambios sociales acelerados. Las condiciones de vida, de trabajo y la idea de normalidad se encuentran en constante transformación. Estos procesos tienen enormes consecuencias para las personas, en especial los jóvenes. Las transiciones de la niñez a la adolescencia y posterior adultez responden a procesos acelerados que exigen la inserción en el mercado laboral de manera tecnificada y abrupta. En esta transición, el uso y consumo de drogas se convierte en un problema cuando el individuo deja de responder a las exigencias y al rol que le fue asignado.

Los colectivos considerados en riesgo de exclusión social tienen serias dificultades para acceder a empleo o continuar con sus estudios, para “normalizar su situación”. El tejido empresarial y educativo suele ser impermeable a ellos incluso cuando su contratación o aceptación esté incentivada a través de subvenciones o deducciones fiscales (López y Segarra & Grau, 2007). En el tema específico del fenómeno socio económico de las drogas, las agencias gubernamentales han diseñado estrategias que a veces se complementan, en ocasiones se superponen y en otros casos no son integrales al no responder a enfoques diferentes. El punto de inflexión radica en dos temas específicos: por un lado, los programas diseñados no se adaptan realmente a las necesidades de las personas que tienen consumos problemáticos de drogas y necesitan educación, empleo y salud de manera especializada para lograr una recuperación satisfactoria; por otro lado, los programas son de corta duración y no poseen los mecanismos de seguimiento para evaluar su eficacia y enlazarlos con otros servicios del Estado que podrían atender las situaciones de vulneración específicas relacionadas con las drogas.

La integración social o inclusión social no puede ser simplemente lo contrario a la exclusión. La integración social es una necesidad básica relacionada con las expectativas y la calidad de vida. La dimensión social forma parte del ser humano, de tal manera que es posible su completa realización sin una integración social satisfactoria.

La integración social es un proceso multidimensional en el que influyen muchos factores: la renta, la formación, el empleo, el uso del ocio y del tiempo libre, la actitud proactiva respecto al aprendizaje, la percepción de autoeficacia, las habilidades sociales y de gestión emocional, la asertividad, un umbral alto de tolerancia a la frustración, las relaciones familiares y la calidad de la red social (el capital social y el apoyo social) (SENDA, 2016).

La evidencia científica ha reflejado que los programas de tratamiento y rehabilitación que poseen componentes de reinserción social resultan más eficaces. Así lo demuestran las cifras de los Centros de Integración Social de la Provincia de Córdoba en Argentina. En dos años de existencia, en el área de asistencia y reinserción social la adherencia al tratamiento alcanzó un 48%. El 68% de jóvenes que culminaron el proceso, comenzó un micro emprendimiento laboral. Y en el área de reinserción escolar, el 75% de jóvenes logró vincularse con el sistema educativo (SENDA, 2016)

En esta línea, es responsabilidad del Estado crear programas orientados a preservar y recuperar el ejercicio de los derechos y obligaciones de las personas que se encuentran o hayan concluido procesos de tratamiento y rehabilitación, facilitando el relacionamiento con su familia, comunidad y entorno educativo – laboral. Además, se deben realizar acciones encaminadas a fortalecer los lazos familiares y comunitarios a través de programas de prevención enfocados en el cuidado de niños, niñas y adolescentes. En referencia a los niños, niñas y adolescentes, se debe emprender acciones para la reinserción social de niñas, niños y adolescentes afectados por el consumo de drogas en la familia y la comunidad (Reglamento General a la Ley Orgánica de Prevención Integral del Fenómeno Socio Económico de las Drogas y Control del Uso de Sustancias Catalogadas Sujetas a Fiscalización, 2016).

De acuerdo al Eje 1: Reducción de la Demanda, Objetivo 1: Prevenir el uso y consumo de drogas, del Plan de Drogas, el Ministerio de Inclusión Económica y Social, junto con las demás carteras de Estado afines al fenómeno socio económico de las drogas, se inscriben en las siguientes estrategias:

**Estrategia 2: Reducir factores de riesgo en el ámbito comunitario-familiar e individual**

**Línea de acción 2.1** Desarrollar habilidades de crianza y convivencia armónica del individuo en su familia y comunidad, principalmente en los territorios priorizados.

**Línea de acción 2.2** Promover procesos de comunicación asertiva y discusión familiar sobre el uso de drogas.

**Estrategia 5: Potenciar factores protectores en el ámbito comunitario familiar e individual**

**Línea de acción 5.1** Crear y fortalecer grupos comunitarios que fomenten la cohesión social y el sentido de pertenencia a la comunidad

**Línea de acción 5.2** Generar campañas locales para fomentar la participación ciudadana en actividades de promoción de la salud y prevención del uso y consumo problemático de drogas (SETED, 2018).

De acuerdo al Objetivo 2: Brindar atención integral e intersectorial a las personas que presentan uso o consumo problemático de drogas, el accionar de inclusión social responde a:

**Estrategia 3: Fomentar la inclusión económica y social de personas con consumo problemático de drogas.**

**Línea de acción 3.1** Generar e impulsar procesos de emprendimiento e inclusión laboral para personas de los ESTAD y Centros de Privación de Libertad, en coordinación con entidades públicas y privadas (SETED, 2018).

## **9.5 Ámbito de educación superior**

De acuerdo al III Estudio epidemiológico andino sobre consumo de drogas en la población universitaria realizado durante el 2016, los resultados para Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú reflejaron que la sustancia de mayor consumo durante el último año fue el alcohol, ubicando al Ecuador en tercer lugar con el 27% de estudiantes que declararon su consumo. En su mayoría, los estudiantes reportaron consumo de una sola sustancia. Sin embargo, el 20% de estudiantes reportó policonsumo. Después del alcohol y el tabaco, la marihuana es la droga de mayor consumo en los cuatro países de estudio. El consumo se concentra en la población de 18 a 25 años, y en general, las diferencias por género en el consumo fueron estadísticamente significativas, siendo los hombres quienes registran mayor consumo que las mujeres.

Los datos dan cuenta de la diversificación del consumo en esta población, sin considerar los determinantes sociales y demás factores asociados que incrementan no solo la posibilidad de iniciar el consumo, sino de que este progrese hacia la dependencia o adicción. La población universitaria se caracteriza, además, por comportamientos de riesgo asociados a la inminente migración hacia las grandes ciudades, la separación del núcleo familiar, el relacionamiento con pares que consumen drogas a las que no han estado expuestos durante su adolescencia, entre otros (UTPL, 2019).

En este sentido, el abordaje del uso y consumo de drogas en universitarios debe responder a un sinnúmero de realidades atadas a la creciente necesidad de formación académica e inserción en el mercado laboral. Un estudio realizado a 1.118 estudiantes universitarios en Colombia en el 2012, reflejó que la motivación para el consumo de alcohol fue para sentirse mejor (20,6%). En cuanto al consumo de tabaco, el 42,4% declaró consumirlo para disminuir la tensión, ansiedad o estrés; y para el consumo de drogas ilegales, la mayor motivación fue el experimentar (35,9%) (Alarcón Duarte, Varela Arévalo, Salazar Torres, & Lema Soto, 2012).

Las cuestiones asociadas al consumo de drogas en el espacio universitario deben considerar además, los demás grupos poblacionales pertenecientes a estas instituciones: docentes, personal administrativo y autoridades. Ello

llama a considerar la prevención e intervención en el ámbito laboral como un elemento importante del abordaje del fenómeno socioeconómico de las drogas en las instituciones de educación superior.

De acuerdo a la Ley y al Reglamento, las instituciones de educación superior deberán transversalizar en las mallas curriculares, contenidos relacionados con la prevención del uso y consumo de drogas, y promover programas de investigación y estudio del fenómeno socio económico de las drogas. En el mismo sentido, considerando que las universidades e institutos tecnológicos concentran a una población adulta que labora tanto en las áreas docentes como administrativas y de bienestar estudiantil, estos centros deberán ejecutar programas de prevención del uso y consumo de drogas en el ámbito laboral, e integrar componentes de prevención familiar y comunitaria para complementar los esfuerzos de promoción de la salud y prevención en todos los contextos (Reglamento General a la Ley Orgánica de Prevención Integral del Fenómeno Socio Económico de las Drogas y Control del Uso de Sustancias Catalogadas Sujetas a Fiscalización, 2016).

En lo que respecta al Plan de Drogas, Eje 1: Reducción de la Demanda, Objetivo 1: Prevenir el uso y consumo de drogas, los planes, programas y proyectos a llevarse a cabo y ser supervisados por la Secretaría de Educación Superior, Ciencia, Tecnología e Innovación responden a lo siguiente:

**Estrategia 3: Disminuir factores de riesgo en niñas, niños, adolescentes y jóvenes.**

**Línea de acción 3.1** Implementar procesos de prevención e identificación oportuna de comportamientos de riesgo, asociados al uso o consumo de drogas a través de Departamentos de Consejería Estudiantil, Departamentos de Bienestar Estudiantil y Direcciones de Talento Humano.

**Estrategia 6: Fortalecer factores protectores en el ámbito educativo (Educación inicial, básica, media y superior).**

**Línea de acción 3.1** Capacitar a los profesionales de los Departamentos de Consejería Estudiantil y de los Departamentos de Bienestar Estudiantil en la intervención temprana del desarrollo de conductas positivas (SETED, 2018).

## **9.6 Ámbito laboral**

Las condiciones de trabajo son una parte importante en la vida y pueden tener una decisiva influencia en los niveles de salud y bienestar, dentro y fuera del ámbito laboral. La prevención de riesgos laborales es un deber de las empresas e instituciones y un derecho de los trabajadores, los cuales también deben velar por la protección de su propia salud y la de sus compañeros (Ochoa Mangado & Madoz Gúrpide, 2008). El consumo de drogas en el espacio laboral tiene como resultado enfermedades, accidentes laborales, disminución de la productividad y un ambiente inadecuado entre los compañeros.

Según la International Labour Organization, los trabajadores que consumen alcohol y otras drogas presentan un absentismo laboral de dos a tres veces mayor que el resto de los trabajadores. Las bajas por enfermedades asociadas al consumo de alcohol y otras drogas tienen un costo tres veces mayor que el resto de los trabajadores. Es decir, la pérdida de productividad es mayor cuanto más problemas relacionados con drogas se presenten y no sean atendidos oportunamente (ILO Home, 2019).

De acuerdo a un estudio realizado en España en población laboral, los problemas detectados más frecuentes en el ámbito laboral por alcohol han sido: absentismo, incremento de las bajas laborales, mayor accidentabilidad, disminución del rendimiento, mayor conflictividad, incumplimiento de la jornada laboral, comisión de más errores, aumento de expedientes disciplinarios, incremento en el número de despidos y como consecuencia más paro (Gómez-Talegón & Álvarez González, 2005).

Por otra parte, se debe considerar que las intervenciones que se realicen en los espacios laborales tienen como beneficiarios indirectos a las familias. El consumo de alcohol y otras drogas puede reflejar malestares o situaciones complejas que se dan en el hogar y que se manifiestan en conductas de riesgo en otros espacios. Por ende, el pensar la prevención del fenómeno socioeconómico de drogas implica conjugar los diferentes contextos de los



trabajadores. El espacio laboral se presta para el trabajo selectivo en prevención y para la identificación temprana de posibles conductas y consumos de riesgo que afectan a la dinámica tanto dentro como fuera de este.

En este sentido, las entidades públicas y empresas privadas deberán desarrollar programas de prevención integral al uso y consumo de drogas, a ser ejecutados obligatoriamente en los lugares de trabajo, por personal calificado (Ley Orgánica de Prevención Integral del Fenómeno Socio Económico de las Drogas y Control del Uso de Sustancias Catalogadas Sujetas a Fiscalización, 2015). En cuanto al Plan de Drogas, dentro del Eje 1: Reducción de la demanda, Objetivo 1: Prevención del uso y consumo de drogas, el Ministerio del Trabajo y las entidades afines responden a las siguientes estrategias:

**Estrategia 2: Reducir factores de riesgo en el ámbito comunitario-familiar e individual.**

**Línea de acción 2.3** Implementar procesos de prevención selectiva e indicada que apunten a evitar la transición del uso esporádico al consumo problemático de drogas.

**Estrategia 4: Fortalecer factores protectores en el ámbito social.**

**Línea de acción 4.2** Fomentar y desarrollar normas e instrumentos legales que desalienten el uso y consumo de drogas.

**9.7 Ámbito de control y seguridad**

El control de la oferta de drogas fue la génesis de las políticas, tanto nacionales como internacionales, y de los primeros abordajes del uso y consumo de drogas desde una perspectiva securitista. No hay duda, estas políticas han deteriorado la salud y bienestar de la población, así como han afectado el relacionamiento entre el Estado y sus mandantes. Sin embargo, garantizar la seguridad de la población y establecer sistemas de control del tráfico ilícito de drogas contribuyen con un verdadero control, que debe tener como objetivo dismantelar las economías criminales que se alimentan de la población cuyas carencias les obliga a integrarse a estos sistemas delictivos.

**La planificación del control de la oferta responde, además, a tratados** internacionales y convenciones suscritas por el Ecuador, donde se detallan las sustancias estupefacientes y psicotrópicas que deben ser cuidadosamente vigiladas y controladas, y que exigen de medidas extremas en caso de que estos sean derivados o destinados para fines ilícitos. De igual manera, se establecen procedimientos judiciales para las personas que incurrir en actividades relacionadas con el microtráfico y tráfico de drogas, definiendo las penas de acuerdo con el tipo de droga y a la cantidad de droga en cuestión. Según la Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito, los Estados deben apuntar a la prevención del delito, “existe evidencia de que las estrategias de prevención del delito bien planificadas no solo previenen el delito y la victimización, pero además promueve la seguridad en la comunidad y contribuye con el desarrollo sustentable de los países. La prevención del crimen efectiva y responsable resalta la calidad de los ciudadanos” (UNODC, 2019).

En cuanto al control del uso de sustancias catalogadas sujetas a fiscalización, al Estado le compete emitir normas que permitan el desarrollo y cumplimiento de la política pública en esta materia con el fin de dirigir, orientar y controlar a los agentes regulados. Por ello, ejercerá el control, comprobación, fiscalización, supervisión y vigilancia de la importación, exportación, producción, comercialización, almacenamiento, distribución, transporte, prestación de servicios industriales, reciclaje, reutilización y del uso lícito y técnico de sustancias catalogadas sujetas a fiscalización (Reglamento General a la Ley Orgánica de Prevención Integral del Fenómeno Socio Económico de las Drogas y Control del Uso de Sustancias Catalogadas Sujetas a Fiscalización, 2016).

Por otro lado, en lo que respecta a la seguridad asociada a actividades ilícitas, es obligación del Estado implementar un conjunto de medidas que potencien las capacidades de desarrollo de las comunidades ubicadas en zonas en situación de vulnerabilidad por la influencia de actividades ilícitas relacionadas con las drogas (Ley Orgánica de Prevención Integral del Fenómeno Socio Económico de las Drogas y Control del Uso de Sustancias Catalogadas Sujetas a Fiscalización, 2015). Ello se complementa con la competencia de impulsar medidas encaminadas a promover el Desarrollo

Alternativo Preventivo para incorporar a la comunidad en programas y proyectos productivos, socioeconómicos y de protección del ambiente, para reducir la vulnerabilidad a participar en actividades ilícitas asociadas a drogas (Reglamento General a la Ley Orgánica de Prevención Integral del Fenómeno Socio Económico de las Drogas y Control del Uso de Sustancias Catalogadas Sujetas a Fiscalización, 2016).

De acuerdo con el Plan de Drogas, al Eje 2: Control de la Oferta, Objetivo 3: disminuir la oferta de drogas destinadas al consumo interno, tanto el Ministerio de Relaciones Exteriores y Movilidad Humana, el Ministerio de Gobierno y la Secretaría de Derechos Humanos, enmarcan su accionar dentro de las siguientes estrategias:

**Estrategia 1: Reducir la disponibilidad de drogas, así como la capacidad de personas y organizaciones de ofertar sustancias sujetas a fiscalización en mercados de consumo interno.**

**Línea de acción 1.4** Fortalecimiento general de las capacidades antinarcóticos a nivel nacional.

**Estrategia 2:** Contrarrestar los delitos relacionados con el tráfico ilícito de drogas, desde las fases de producción, transporte, distribución y comercialización.

**Línea de acción 2.1** Fortalecimiento de la investigación, interdicción y desarticulación de grupos delictivos organizados de tráfico para consumo.

**Línea de acción 2.4** Desarticular grupos delictivos organizados (GDO) de tráfico para consumo interno en territorios priorizados, mediante la ejecución de un plan de acción policial de carácter anual.

**Línea de acción 2.5** Judicializar los casos de tráfico para consumo interno (TCI) sobre la base de investigaciones de calidad.

**Estrategia 3: Impactar las economías criminales dinamizadas por el tráfico de drogas y otros delitos conexos.**

**Línea de acción 3.2** Fortalecimiento de la planificación y ejecución de operaciones policiales interagenciales (SETED, 2018).

En referencia al Objetivo 4: Prevenir la producción ilícita de drogas, tanto al Ministerio de Gobierno como al Ministerio de Salud Pública les compete:

**Estrategia 1: Optimizar los procesos de control del uso ilícito y administración de sustancias catalogadas sujetas a fiscalización (SCSF)**

**Línea de acción 1.1** Revisar, adecuar y desarrollar normativa para el control y administración de SCSF.

**Estrategia 2: Fomentar la corresponsabilidad de la industria en el manejo adecuado de sustancias controladas y vigiladas, para evitar su desvío hacia actividades ilícitas.**

**Línea de acción 2.3** Generar instrumentos de cooperación con asociaciones, entidades gremiales, y otros representantes de la sociedad civil afines a la industria que maneja sustancias controladas y vigiladas, para el establecimiento de buenas prácticas en el uso y manejo lícito de dichas sustancias.

**Estrategia 3: Fortalecer medidas para evitar el tráfico ilícito de SCSF destinadas a la producción ilícita de drogas.**

**Línea de acción 3.1** Intensificar actividades coordinadas de control e interdicción de SCSF, priorizando zonas de fronteras, puertos, aeropuertos y perfil costanero.

**Estrategia 4: Generar proyectos de desarrollo alternativo preventivo en poblaciones en situación de riesgo.**

**Línea de acción 4.1** Mejorar las cadenas de producción de mayor impacto económico en las poblaciones intervenidas (SETED, 2018).

### **9.8 Ámbito de investigación y desarrollo**

La producción de evidencia científica se vuelve menester al momento de analizar y diseñar estrategias de intervención, ya sea para el control de la oferta o el control de la demanda de drogas. Es importante conocer las especificidades del territorio que influyen directamente en los patrones de consumo de drogas y vuelven a una población vulnerable a actividades ilícitas relacionadas al tráfico de estas. En este sentido, si bien organismos como la Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito, o la Comisión Interamericana para el Control y Abuso de Drogas han definido protocolos de investigación cuantitativa y cualitativa para analizar el fenómeno socioeconómico de las drogas, es importante que las metodologías y protocolos sean adaptados a las realidades de cada país.

Por otro lado, la producción científica ha ido incorporando otras variables como factores de riesgo del consumo de drogas, que terminan estableciendo correlaciones necesarias para entender el contexto de este fenómeno y su relacionamiento con otros riesgos psicosociales como: violencia sexual, experiencias adversas en la niñez, trastornos mentales, traumas, entre otros. El objetivo de las investigaciones ya no solo se basa en conocer los patrones de consumo, sino de ubicar al sujeto y no a la sustancia como eje de estudio. Así, se interponen las necesidades del sujeto para canalizar los recursos y focalizar las intervenciones.

Cabe mencionar que el proceso de investigación y desarrollo es transversal al quehacer de prevención y control del fenómeno socioeconómico de las drogas y que debe responder a la política pública de cada país con los enfoques definidos en los instrumentos legales. El reglamento General estipula que el Estado, a través de las entidades competentes, realizará investigaciones cuantitativas y cualitativas sobre el fenómeno socio económico de las drogas para obtener evidencia científica que permita la formulación de políticas públicas. Asimismo, coordinará con las entidades que integren el Comité Interinstitucional la elaboración de las metodologías que deban aplicarse, en

el ámbito de sus competencias (Reglamento General a la Ley Orgánica de Prevención Integral del Fenómeno Socio Económico de las Drogas y Control del Uso de Sustancias Catalogadas Sujetas a Fiscalización, 2016).

Las investigaciones científicas y análisis químicos sobre sustancias catalogadas sujetas a fiscalización, sustancias no catalogadas y productos terminados que las contengan, serán realizadas por la entidad que regule esta competencia. La autoridad sanitaria nacional regulará y autorizará las investigaciones médico-científicas de los medicamentos y productos con efecto terapéutico que contengan sustancias catalogadas sujetas a fiscalización, que involucren a seres humanos. Estas investigaciones serán avaladas por el comité de ética de investigación en seres humanos, cuando corresponda (Reglamento General a la Ley Orgánica de Prevención Integral del Fenómeno Socio Económico de las Drogas y Control del Uso de Sustancias Catalogadas Sujetas a Fiscalización, 2016).

Al respecto, los componentes transversales del Plan de Drogas, definen el accionar en torno a la producción de evidencia científica dentro del eje 4.8.2: Evidencia y conocimiento científico sobre el fenómeno socioeconómico de las drogas:

**Estrategia 1: Generar, recolectar, analizar, articular y difundir información sobre el fenómeno socio económico de drogas.**

**Línea de acción 1.1** Fortalecer el Sistema Integrado de Información y Conocimiento sobre Drogas.

**Línea de acción 1.2** Promover la generación de análisis, estudios e investigaciones sobre el fenómeno socio económico de las drogas.

**Línea de acción 1.3** 3 Implementar un Sistema de Alertas Tempranas (SAT).

**9.9 Conclusiones**

- Para finalizar parecería ser que la fórmula para abordar el fenómeno de las drogas es la corresponsabilidad de las entidades estatales para

generar intervenciones efectivas, donde se trasversalicen los enfoques de derechos, salud pública y no criminalización, además se consideren los tratados internacionales en la medida en que estos no sobrepasen la normativa nacional, cuidando la soberanía del país y sus habitantes. Las competencias están definidas, sin embargo, falta un elemento esencial en este constructo, el sujeto o la colectividad, aquellos para quienes **se diseñan** las intervenciones y asistencias sociales, quienes están en contacto directo con los servicios y quienes, generalmente, tienen una participación mínima en los procesos de construcción de políticas o reformas de las mismas.

- A la sociedad civil, a través de las organizaciones no gubernamentales y de sus propios colectivos autosustentados, les toca organizar la defensa de los derechos de los ciudadanos afectados directa o indirectamente por el problema, hacer oír su voz y contribuir a la implementación de intervenciones eficaces. No se puede imaginar la solución de los problemas asociados al consumo de drogas sin la participación activa de la sociedad afectada (Peruga, 2001).
- El sistema de salud en torno a la atención de los consumos problemáticos de drogas es un elemento que también debería mirar las particularidades y diferencias que se establecen en las dinámicas sociales de la comunidad. En este sentido, es necesario que la atención integral de salud considere los diversos tipos de consumos, las particularidades de estos consumos, la comorbilidad del consumo de drogas con otras enfermedades mentales y factores de riesgo, así como los determinantes sociales que se encuentran en constante cambio. El sistema de salud debe estar diseñado para promocionar la salud y prevenir el consumo de drogas, dejando como último recurso el tratamiento residencial.
- El sistema de salud y el educativo debe encontrarse enlazado con el sistema de inclusión social. A pesar de hablar de un Comité Interinstitucional, resulta que la definición por ámbitos de la prevención y el control no logran integrarse en territorio. De allí que se diseñen estrategias que no consideren todos los actores que deben estar involucrados en las intervenciones, y la duplicidad de esfuerzos al no responder a las líneas de acciones comunes para todas las agencias estatales.

A los gobiernos les toca movilizar recursos y la voluntad para diseñar e implementar las medidas que funcionan, pero deberán superar ciertos mitos [...] Otro reto que los gobiernos deben afrontar es la modernización de los sistemas de valoración de las necesidades de salud y priorización de respuestas. Estos todavía están anclados en ideologías que siguen primando los problemas infecciosos y materno infantiles sobre el resto. (Peruga, 2001)

- Es necesario fortalecer la institucionalidad para coordinar y articular las acciones de prevención y control del fenómeno socioeconómico de las drogas en respuesta a la normativa jurídica y al plan de drogas. Esto implica actualizar los instrumentos que han sido empleados e incorporar una visión integral de bienestar de la población, considerando sus particularidades y necesidades.

## **REFLEXIONES DE PARAMETRÍA SOBRE LA POLÍTICA DE DROGAS EN EL ECUADOR**

Como actor activo de la sociedad civil, Parametría plantea preocupaciones sobre el abordaje actual al fenómeno socioeconómico de las drogas; especialmente por la política que prioriza modelos de intervención ya superados; postergando los enfoques de salud, educación, derechos y seguridad que se centran en el Desarrollo Humano Integral y no en las sustancias y sus efectos.

Lo que se realiza en el campo de drogas, sea en educación, salud, inclusión social, derechos, seguridad, reinserción y rehabilitación social; no da resultados: tenemos más consumo, menos rehabilitación y reinserción social, más detenidos por delitos de drogas (cerca del 30 % de más de 40,000 personas encarceladas).

Analizando los puntos de vista de los diferentes autores y basados en las realidades de los territorios en los que como Parametría trabajamos podemos mencionar los siguientes aspectos de la Realidad Nacional en el fenómeno socioeconómico de las drogas:

- a) ¿El trabajo de la instancia institucional rectora de la política de



drogas que es responsable de desarrollar una adecuada articulación interinstitucional e intersectorial; se ve reflejada en una intervención conjunta y coordinada del Estado ecuatoriano en los ámbitos de educación, salud, inclusión social, seguridad y especialmente en el Desarrollo Humano Integral; que tribute al Plan Nacional de Prevención Integral, debidamente financiado y evaluado permanentemente en su ejecución?

- b) ¿El País cuenta con estudios e investigaciones sobre usos y consumos de drogas a nivel nacional desde el año 2016?
- c) ¿Los Municipios cuentan con una orientación y acompañamiento adecuado para proponer abordajes alineados a los Objetivos de Desarrollo Sostenibles 2030 desde sus territorios?
- d) ¿Existe el respectivo financiamiento para el desarrollo de programas, proyectos y acciones de convivencia armónica, ciudadanía y comunidad que se reflejen en la expedición de ordenanzas que superen la prohibición de consumo de drogas en la vía pública?
- e) ¿Al prohibir el consumo de drogas en la vía pública, no se está, indirectamente motivando el consumo de drogas en los hogares, con consecuencias funestas, especialmente para la familia ?
- f) ¿Las intervenciones públicas y privadas se realizan acorde a las estructuras y competencias institucionales? o se observa un traslape de competencias y responsabilidades entre las instituciones del Estado?
- g) ¿Es pertinente mantener el lenguaje y comunicación de hace 40 años que caracterizó a la guerra contra las drogas ? Utilizar términos como erradicar las drogas, familia sin drogas, por un Ecuador sin drogas, instituciones educativas libres de drogas; métele un gol a las drogas; es técnicamente apropiado en esta época?
- h) ¿Por qué no miramos las experiencias en buenas prácticas en el abordaje de drogas que han desarrollado con éxito países como Portugal, Uruguay, Holanda, España, Finlandia y otros Países?

### **Mención especial merecen los ámbitos educativos, de salud y de inclusión social**

“La educación es el arma más poderosa para cambiar el mundo”

Nelson Mandela

- i) ¿Es posible, en las comunidades educativas cambiar objetivos, contenidos y la metodología de prevención de drogas para que consideren en primer lugar a los docentes y a los padres y no a los estudiantes?
- j) ¿Modificar objetivos y contenidos exclusivos de drogas y sus efectos para incorporar objetivos y contenidos relacionados con familia, derechos, inclusión, salud, educación y seguridad en la convivencia armónica, ciudadanía y comunidad; daría mejores resultados en el campo preventivo?
- k) ¿Serían exitosos los programas para padres implementados en cada institución educativa, luego de realizar un diagnóstico que permita identificar los problemas y necesidades de esos padres?
- l) ¿Las Universidades deberían revisar sus pênsum sobre el abordaje al fenómeno socioeconómico de drogas; considerando aspectos como investigación, prevención, atención integral, inclusión y reinserción social, lenguaje y comunicación?
- m) Contar con información discriminada sobre el tipo de consumidores de drogas que existen en el país; ¿permitiría dar la atención que requiere cada una de esas poblaciones y no pensar que todo consumidor debe ser atendido de manera residencial?
- n) Considerando, que en nuestro país, han nacido cerca de 300 niñas y niños con síndrome de abstinencia a heroína debido a que sus madres cuando eran adolescentes consumían heroína ¿ameritaría declarar una emergencia sanitaria en las provincias donde se han dado esos casos?
- o) ¿Es oportuno que el Ministerio de Salud revise los requisitos para calificar a centros de atención residencial a consumidores de drogas para contar con diferentes categorías de centros que atiendan las demandas de la comunidad de manera residencial?
- p) ¿Cuál es la razón para no implementar estrategias de reducción de daños; tal como tienen otros países para atender consumos problemáticos de drogas ?

- q) ¿El sector privado ha sido invitado a apoyar con programas de reinserción laboral a personas que han pasado o están en un proceso de tratamiento por consumo de drogas?
- r) ¿Podría Estado contar con programas debidamente financiados de reinserción social para personas que han cumplido sus penas en los Centros de Rehabilitación Social? Esto reduciría la reincidencia en esos centros?
- s) Hogares de paso o casas de acogida para hombres y mujeres que viven en las calles debido a su consumo problemático de drogas; ayudarían a evitar abusos, violaciones, estigma a esas personas ?

Informar a los ciudadanos, sensibilizar a tomadores de decisiones públicos y privados, incentivar a la sociedad civil y a la academia a participar en los procesos de investigación, de diseño y evaluación de la política pública sobre los diferentes fenómenos socioeconómicos para establecer políticas de estado que tributen a la construcción de una sociedad con mayor equidad y justicia es el objetivo de este esfuerzo entre sociedad civil y academia.

**“Comprender para abordar”**

## Bibliografía

- ABADIE, R., GELPI-ACOSTA, C., DÁVILA, C., RIVERA, A., WELCH-LAZORITZ, M., & DOMBROWSKI, K. (2018). "It Ruined My Life": The effects of the War on Drugs on people who inject drugs (PWID) in rural Puerto Rico. *International Journal of Drug Policy*, 51, 121–127.
- Abelman, D. D. (2017). Mitigating risks of students use of study drugs through understanding motivations for use and applying harm reduction theory: a literature review. *Harm Reduction Journal*, 14, 1–7. <https://doi-org.liverpool.idm.oclc.org/10.1186/s12954-017-0194-6>
- ACNUDH et al. (2015), *Joint statement on compulsory drug detention and rehabilitation centres*.
- Acta de Drogas Narcóticas y Psicotrópicas de Guyana [Narcotic Drugs and Psychotropic Substances (Control) Act of Guyana] sección 6, Leyes de Guyana capítulo 35:11, 1998.
- Addiction, E. M. (2017). *EMCDDA Strategy 2025*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Aikins, R. D. (2015). From recreational to functional drug use: The evolution of drugs in American higher education, 1960–2014. *History of education*, 44(1), 25-43.
- Alarcón Duarte, C., Varela Arévalo, M. T., Salazar Torres, I. C., & Lema Soto, L. F. (2012). Motivaciones y recursos para el consumo de sustancias psicoactivas en universitarios. *Revista Hacia la Promoción de la Salud*, 92-104.
- Allman, D. (2010). Social inclusion from on high: the policy responses of Canada and Scotland to illicit drug use. Retrieved from <https://search-ebscohost-com.liverpool.idm.oclc.org/login.aspx?direct=true&db=edsble&AN=edsble.726431&site=eds-live&scope=site>
- Álvarez Velasco, C. (2019). *Debut y despedida: La historia de la Secretaría Técnica de Prevención Integral de Drogas de Ecuador*. 32.
- Álvarez, Carla (2006). "La cooperación norteamericana en la Frontera Norte". Tesis de maestría previa a la obtención del título de Máster en Ciencias Sociales con mención en Relaciones Internacionales.
- Álvarez, Carla (2014). "Reformas y Contradicciones en la Política de Drogas en Ecuador". Washington Office on Latin America.

- Amador, G., & Cortes, E. (n.d.). Retrieved 11 18, 2019, from [https://www.tni.org/files/politicas\\_de\\_drogas\\_y\\_salud\\_publica\\_en\\_costa\\_rica.pdf](https://www.tni.org/files/politicas_de_drogas_y_salud_publica_en_costa_rica.pdf)
- AMON, Joseph; SCHLEIFER, Rebecca (2010). *"Skin on the cable": the illegal arrest, arbitrary detention and torture of people who use drugs in Cambodia*. Human Rights Watch (HRW)
- Andrade, Xavier (1991). "Actores sociales y políticas antidrogas: los pequeños traficantes". En: Bagley *et al.* (eds). *La Economía Política del Narcotráfico: El caso Ecuador*. Flacso-Sede Ecuador, North South Center, University of Miami.
- Babor, T., Caulkins, J., Edwards, G., Fischer, B., Foxcroft, D., Humphreys, K., ... & Rossow, I. (2010). La política de drogas y el bien público.
- Banglert-Drowns, R.L. (1988). The effects of schools-based substance abuse education. A meta-analysis. *Journal of Drug Education*, 18(3), 243-264.
- Biglan, A., Severson, H., Ary, D., Faller, C., Gallison, Ch. Thompson, R., Russell, G. y Lichtenstein, E. (2007). Do smoking prevention programs really works? Attrition and the internal and external validity of an evaluation of a refusal skills training program. *Journal Behavioral Medicine*, 10(2), 159-171.
- Barreto, I. F. (2013). The use of coca leaves in traditional communities: perspectives in health, society, and culture. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 20(2), 627–641. <https://doi-org.liverpool.idm.oclc.org/10.1590/S0104-59702013000200015>
- Barrett, D. (2008). Recalibrating the Regime: The Need for a Human Rights Based Approach to International Drug Policy. *SSRN Electronic Journal*. <https://doi.org/10.2139/ssrn.1473763>
- Barrett, D. (2012). Harm reduction is not enough for supply side policy: A human rights-based approach offers more. *International Journal of Drug Policy*, 23(1), 18–19. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2011.07.005>
- Baum, F., Lawless, A., Delany, T., Macdougall, C., Williams, C., Broderick, D., ... Marmot, M. (2014). Evaluation of Health in All Policies: Concept, theory and application. *Health Promotion International*, 29(suppl 1), i130–i142. <https://doi.org/10/f6jf86>
- Bauman, K. E., Foshee, V. A., Ennett, S. T., Pemberton, M., Hicks, K. A., King, T. S., & Koch, G. G. (2001). The influence of a family program on adolescent tobacco and alcohol use. *American journal of public health*, 91(4), 604.

- Becoña, E. (2000). Los adolescentes y el consumo de drogas. *Papeles del psicólogo*, 77(12), 25-32
- Benfer, I., Zahnow, R., Barratt, M. J., Maier, L., Winstock, A., & Ferris, J. (2018). *The impact of drug policy liberalisation on willingness to seek help for problem drug use: A comparison of 20 countries*. *International Journal of Drug Policy*, 56, 162–175.
- Bermúdez-Herrera, A., Silva, M. A. I., Priotto, E. M. T., & Sampaio, J. M. C. (2011). Percepción de los estudiantes de una escuela de enfermería acerca del consumo de drogas lícitas e ilícitas. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19, 684-690.
- Bevan Gez. (2009). Problem drug use the public health imperative: what some of the literature says. Retrieved from <https://search-ebSCOhost-com.liverpool.idm.oclc.org/login.aspx?direct=true&db=edsbas&AN=edsbas.4F99052D&site=eds-live&scope=site>
- Bewley-Taylor, D., & Jelsma, M. (2012). Regime change: Re-visiting the 1961 Single Convention on Narcotic Drugs. *International Journal of Drug Policy*, 23(1), 72–81. <https://doi.org/10/dn4rtm>
- Bogard, K., Murry, V. M., Alexander, C. M., & National Academy of Medicine (U.S.) (Eds.). (2017). *Perspectives on health equity and social determinants of health*. Washington, DC: National Academy Of Medicine.
- Bordieu, P. (1999). *Razones prácticas. Sobre la teoría de la acción*. Barcelona: Anagrama.
- Botvin, G. y Tortu, S. (2002). Preventing adolescent substance abuse through life skills training. En R. Price, E.
- Botvin, G., Baker, E., Dusenbury, L., Botvin, E. y Díaz, T. (1999). Long-term Follow-up Results of a Randomized Drug Abuse Prevention Trial in a White Middle-class Population. *Journal of American Medical Association*, 12(273), 1.106-1.112.
- Botvin, G., Griffin, K., Díaz, T., Scheie, L., Williams, C. y Epstein, J. (2000). Prevention illicit drug use in adolescents: long-term follow-up data from a randomized control trial of a school population. *Addictive behaviors*, 25(5), pp. 769-774.
- Boyd, J., Boyd, S., & Kerr, T. (2015). Visual and narrative representations of mental health and addiction by law enforcement. *International Journal of Drug Policy*, 26(7), 636–644. <https://doi.org/10/gfx4hg>

- Boyd, S. C., Carter, C., & MacPherson, D. (2016). *More harm than good: Drug policy in Canada*. Retrieved from [http://uvic.summon.serialssolutions.com/2.0.0/link/0/eLvHCXMwdZxLC8lwDMedJ4vgwSfqVPYFJrNZXT2Lw4MeBO-jnZk3B-L3x3RW0DGPDX0QaJuQ9v8DQLEKq8qdYATxySLMFSfkQu1FKs8osxgFqosMr9qMvhQlarkRCc8-f8-g7HFI2CTE6XQf-vDD89GquSRbN4pjo4M8fdrRF-vThZSskBy0rM-hDg-5DGJyKB\\_mWlu3bUrZ\\_K4rrCLxkf9kdAjs0dWWW1C0txtDV9nP6\\_VmK2K4T8EmSMChjlHmJ3FJotsS9tdSx4fxsCsO6qWb1Zg86HLVdHWA07Zz3KS3ejixLI1\\_GHmWp](http://uvic.summon.serialssolutions.com/2.0.0/link/0/eLvHCXMwdZxLC8lwDMedJ4vgwSfqVPYFJrNZXT2Lw4MeBO-jnZk3B-L3x3RW0DGPDX0QaJuQ9v8DQLEKq8qdYATxySLMFSfkQu1FKs8osxgFqosMr9qMvhQlarkRCc8-f8-g7HFI2CTE6XQf-vDD89GquSRbN4pjo4M8fdrRF-vThZSskBy0rM-hDg-5DGJyKB_mWlu3bUrZ_K4rrCLxkf9kdAjs0dWWW1C0txtDV9nP6_VmK2K4T8EmSMChjlHmJ3FJotsS9tdSx4fxsCsO6qWb1Zg86HLVdHWA07Zz3KS3ejixLI1_GHmWp)
- Brody, G. H., Kogan, S. M., Chen, Y. F., & Murry, V. M. (2008). Long-term effects of the strong African American families program on youths' conduct problems. *Journal of Adolescent Health, 43*(5), 474-481.
- Buchanan, J. (2006). Understanding problematic drug use: a medical matter or a social issue?.
- Buchanan, J., & Young, L. (2000). The war on drugs—a war on drug users.
- Calderón-Romero, E. A., & Cáliz-Romero, N. E. (2015). Juventud y universidad: sujetos y escenarios para el debate crítico y autorreflexivo sobre el consumo de sustancias psicoactivas de uso legal e ilegal. *Revista Gerencia y Políticas de Salud, 14*(28), 123-141.
- Calzada, J. (2016). *De la guerra al cuidado de las personas: Políticas de drogas en Suramérica después de UNGASS*. Ecuador: Friedrich Ebert Stiftung : UNASUR.
- Casagallo Loor, R. R. (2012). Estudio sobre el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas en los estudiantes de la Universidad Central del Ecuador.
- Centro de Estudios Legales y Sociales (2018). “La Guerra Interna. Cómo la lucha contra las drogas está militarizando América Latina”. CELS.
- CGPD (2019) La Clasificación De Sustancias Psicoactivas Informe de 2019 [http://fileserv.idpc.net/library/2019Report\\_ESP\\_web.pdf](http://fileserv.idpc.net/library/2019Report_ESP_web.pdf)
- CHAPARRO, Sergio, PÉREZ, Catalina, y YOUNGERS, Coletta (2017), Castigos Irracionales: Leyes de Drogas y Encarcelamiento en América Latina, pág. 57, 2017.
- Chatwin, C. (2017). UNGASS 2016: Insights from Europe on the development of global cannabis policy and the need for reform of the global drug policy regime. *International Journal of Drug Policy, 49*, 80–85. <https://doi.org/10/gfv8fk>

- CHATWIN, C. (2018). Towards more effective global drug policies. Palgrave Macmillan, Cham.
- Ciccarone, D. (2012). Henceforth harm reduction? *International Journal of Drug Policy*, 23(1), 16–17. <https://doi.org/10/d2fv98>
- CISNEROS, J. (2014), “Niños y jóvenes sicarios: una batalla cruzada por la pobreza”, *El Cotidiano* (186), 7-18. [fecha de Consulta 2 de Agosto de 2019]. ISSN: 0186-1840. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=325/32531428002>
- Colina Colina, Lesbia (2007). LA INVESTIGACIÓN EN LA EDUCACIÓN SUPERIOR Y SU APLICABILIDAD SOCIAL. *Laurus*, 13(25),330-353. [fecha de Consulta 16 de diciembre de 2019]. ISSN: 1315-883X. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=761/76111479016>
- COLLINS, J. (2017). *Beyond UNGASS 2016: Drug Control Multilateralism and the End to the “War on Drugs”*, en REITANO, T., JESPERSON, S., & DE LUGO, L. B. R. B. (Eds.). (2017). *Militarised Responses to Transnational Organised Crime: The War on Crime*. Springer. 279–297.
- COMISIÓN AMERICANA SOBRE DERECHOS HUMANOS (2013), *Informe sobre el uso de la prisión preventiva*, OEA/Ser.L/V/II. Doc. 46/13 del 30 de diciembre de 2013.
- COMISIÓN GLOBAL DE POLÍTICAS DE DROGAS (2016), *Avanzando la Reforma de la Política de Drogas: un Nuevo Enfoque para la Descriminalización*. Informe 2016.
- Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) 2019.
- Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas (2019). Informe organizaciones de la sociedad civil ecuatoriana sobre la política de drogas y su impacto en los derechos sociales. Examen de Ecuador. Ginebra-Suiza.
- COMITÉ DE DERECHOS HUMANOS (2017), Borrador del comentario general No.36 sobre el Art.6:: Derecho a la Vida, CCPR/C/GC/R.36/Rev.7. Geneva : UN, 27 de julio de 2017.
- COMITÉ PARA LOS DERECHOS DEL NIÑO (1989), Convención de Derechos del Niño.
- COMITÉ PARA LOS DERECHOS DEL NIÑO, Observación general No 15 (2013) sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 24).



- CONSEJO DE DERECHOS HUMANOS (2014), Informe del Grupo de trabajo sobre la detención arbitraria, misión Brasil, A/HRC/27/48/Add.3.
- Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas, Observatorio Ecuatoriano de las Drogas. Segunda Encuesta Nacional a estudiantes a de educación media sobre consumo de drogas, 2005 [Internet]. Quito: Naciones Unidas, Observatorio Ecuatoriano de drogas; 2006 [citado 22 Jun 2019]. Disponible en: [http://www.cнна.gov.ec/\\_upload/file473\\_Resumen\\_Ejecutivo\\_%20ENCUESTA%20ESTUDIANTES%282005%29.pdf](http://www.cнна.gov.ec/_upload/file473_Resumen_Ejecutivo_%20ENCUESTA%20ESTUDIANTES%282005%29.pdf)
- CONSEP (2014). IV Estudio nacional sobre uso de drogas en población de 12 a 65. Informe de Investigación. Observatorio Nacional De drogas. Ecuador
- CONSEP. (2013). Usos, consumos de drogas y prevenciones, Quito, Ecuador.
- Constitución de la República de Ecuador (2008). Asamblea Nacional. Ecuador
- Copolad (2018). “Las mujeres presentan características propias en las que hay que pensar cuando se desarrolla una política pública sobre drogas”. En: <http://copolad.eu/es/entrevista/ledy-zuniga-rocha-secretaria-tecnica-de-prevencion-integral-de-drogas-SETED-ecuador>. Consultado el 18 de noviembre de 2018.
- COPOLAD. (2012) “Estudio para la definición de criterios de acreditación en reducción de la demanda de drogas”.
- Cornejo, R.yRedondo, J.M. (2001). El clima escolar percibido por los alumnos de enseñanza media: Una investigación en algunos liceos de la Región Metropolitana. *Última década*, 9 (15), 11-52. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/udecada/v9n15/art02.pdf>.
- Cowen, R. Lorion y J. RamosMckay (Eds).Fourten ounces of prevention(pp. 98-110). Washington:APA.
- Crespo, J., Soto, D. y Miralles de Imperial, M. (2018). Campaña de prevención de alcoholismo y toxicomanías realizada en la provincia de Cádiz. *Droga alcohol*, 3(2), pp. 69-79.
- Crick, E. (2012). Drugs as an existential threat: An analysis of the international securitization of drugs. *International Journal of Drug Policy*, 23(5), 407–414. <https://doi.org/10/f4b4vt>
- Currie, J. C. (2001). Best practices: Treatment and rehabilitation for youth with substance use problems. Ottawa, Ontario, Canada: Health Canada.

- Danovitch, I., & Mooney, L. (2018). *The Assessment and Treatment of Addiction: Best Practices and New Frontiers*. Elsevier Health Sciences.
- Dasgupta, N., Beletsky, L., & Ciccarone, D. (2018). Opioid Crisis: No Easy Fix to Its Social and Economic Determinants. *American Journal of Public Health, 108*(2), 182–186. <https://doi.org/10/gf5g57>
- DE, A. F. E. O. F., & DE ÁLCOOL, R. A. A. C. (2005). La familia y los factores de riesgo relacionados con el consumo de alcohol y tabaco en los niños y adolescentes (Guayaquil-Ecuador). *Revista Latinoamericana de Enfermagem, 13*(1), 813-818.
- Decreto Ejecutivo N.º 376. 23 de abril de 2018. Suprímase la Secretaría Técnica Integral de Drogas.
- Decreto Supremo número 1153, del 29 de noviembre de 1963. Adhesión de Ecuador a la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes. Registro Oficial N.º 320 del 27 de agosto de 1964.
- Delgado, C.A, & Brands, B. (2019). Actitudes hacia las personas con usos problemáticos de drogas en la ciudad de Loja, Ecuador. *Texto & Contexto - Enfermagem, 28*(spe), e111. Epub August 15, 2019.<https://dx.doi.org/10.1590/1980-265x-tce-cicad-11-11>
- Destino Colombia (1999). Recuperado en internet año 2019 <http://reospartners.com/wp-content/uploads/2016/12/Destino-Colombia-Spanish.pdf>
- Edwards, Sandra (2010). “La legislación ecuatoriana de drogas y su impacto sobre la población penal en el país”. En: “Sistemas sobrecargados – leyes de drogas y cárceles en América Latina”. WOLA y TNI.
- El Comercio (2018). “SETED presentará esta semana el plan para combatir el consumo de drogas. 20 de enero de 2018”. En: <https://www.elcomercio.com/actualidad/SETED-plan-combate-drogas-consumo.html>. Consultado el 1 de octubre de 2017.
- EL COMERCIO (27 de mayo de 2019), *En los centros para menores infractores, el 40% son adultos*. [Fecha de Consulta 23 de octubre de 2019]. Disponible online en: <https://www.elcomercio.com/actualidad/infraestructura-pacientes-cetads-consumidores-drogas.html>.
- El Comercio, “2.232 detenidos quedaron libres en 12 meses”, en *Seguridad y justicia*, (09.08), Quito, 2015
- El Expreso* (2018). “Causa recelo que Interior sea juez y parte”. En: <https://www.expreso.ec/actualidad/droga-secretarias-ministerios-policianacional->

- corrupcion-MB2164284. Consultado el 5 de junio de 2018.
- El Telégrafo (2018). "Asamblea exhorta a Moreno que reconsidere la eliminación de la Secretaría de Drogas". En: <https://www.eltelegrafo.com.ec/noticias/judicial/12/secretaria-drogas-eliminacion-asamblea-moreno-reconsideracion>. Consultado el 10 de noviembre de 2018.
- El Telégrafo, "El 54% de presas están detenidas por drogas", en *Justicia*, (29.01), Quito, 2019, descargable en: <https://www.eltelegrafo.com.ec/noticias/judicial/12/54-ciento-presas-detenido-drogas>
- Espada, J. P., Méndez, X., Griffin, K., & Botvin, G. J. (2003). *Adolescencia: consumo de alcohol y otras drogas*. Papeles del psicólogo, 84(9), 17.
- Espinosa Cueva, E. X. (2018). Estudio sobre el consumo de drogas de los estudiantes de la Carrera de Psicología Educativa y Orientación, de la Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación, de la Universidad Central del Ecuador, en el período marzo-agosto 2017–2017 (Bachelor's thesis, Quito: UCE).
- Evans-Lacko, S., Courtin, E., Fiorillo, A., Knapp, M., Luciano, M., Park, et.al, (2014). The state of the art in European research on reducing social exclusion and stigma related to mental health: a systematic mapping of the literature. *European Psychiatry*, 29(6), 381-389.
- Farthing, L., & Kohl, B. (2012). Supply-side harm reduction strategies: Bolivia's experiment with social control. *International Journal of Drug Policy*, 23(6), 488–494. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2012.06.004>
- Fernández, C. F., Díaz, B. C., Barratt, M. J., Palamar, J. J., Fernández-Calderón, F., & Díaz-Batanero, C. (2019). Harm reduction strategies related to dosing and their relation to harms among festival attendees who use multiple drugs. *Drug & Alcohol Review*, 38(1), 57–67. Retrieved from <https://search-ebscohost-com.liverpool.idm.oclc.org/login.aspx?direct=true&db=s3h&AN=134200807&site=eds-live&scope=site>
- Fernández-Suárez D, Celorrio M, Riezu-Boj JI, Ugarte A, Pacheco R, González H, et al. Monoacylglycerol lipase inhibitor JZL184 is neuroprotective and alters glial cell phenotype in the chronic MPTP mouse model. *Neurobiol Aging*. 2014 nov;35(11):2603-16.
- Fraguela, J. A. G., Martín, Á. L., & Triñanes, E. R. (2002). Prevención del consumo de drogas en la escuela: cuatro años de seguimiento de un programa. *Psicothema*, 14(4), 685-692.

- Frank, D. (2018). "I Was Not Sick and I Didn't Need to Recover": Methadone Maintenance Treatment (MMT) as a Refuge from Criminalization. *Substance Use & Misuse*, 53(2), 311–322. <https://doi.org/10/gfx4hd>
- Luo, T., Wang, J., Li, Y., Wang, X., Tan, L., Deng, Q., Thakoor, J. P. D., & Hao, W. (2014). Stigmatization of people with drug dependence in China: A community-based study in Hunan province. *Drug and Alcohol Dependence*, 285.
- Garat, G. (2015). *El camino: Cómo se reguló el cannabis en Uruguay según sus actores políticos y sociales 2014*. Montevideo: Junta Nacional de Drogas.
- GCDP (Global Commission on Drug Policy). 2011. War on Drugs: Report of the Global Commission on Drug Policy. [Fecha de consulta: 11 de noviembre del 2019) Disponible en: <http://www.globalcommissionondrugs.org/reports>
- Godet, M., Monti, R., Meunier, F., & Roubelat, F. (2000). La caja de herramientas de la prospectiva estratégica.
- GOLICHENKO, M., STOLZ, S., & EZER, T. (2018). "Addressing Human Rights Abuses against People Who Use Drugs: A Critical Role for Human Rights Treaty Bodies and Special Procedures". *Journal of Human Rights Practice*, 10(1), 83–102.
- Gómez-Talegón, M. T., & Álvarez González, F. J. (2005). Alcohol y prevención de los problemas relacionados con el consumo de alcohol en el ámbito laboral. *Medicina y Seguridad Laboral*, pp. 65-72.
- Greenfield, V. A., & Paoli, L. (2012). If supply-oriented drug policy is broken, can harm reduction help fix it? Melding disciplines and methods to advance international drug-control policy. *International Journal of Drug Policy*, 23(1), 6–15. <https://doi.org/10/dq8vpm>
- Greer, A. M., Amlani, A., Burmeister, C., Scott, A., Newman, C., Lampkin, H., ... Buxton, J. A. (2019). Peer engagement barriers and enablers: insights from people who use drugs in British Columbia, Canada. *Canadian Journal Of Public Health = Revue Canadienne De Sante Publique*, 110(2), 227–235. <https://doi-org.liverpool.idm.oclc.org/10.17269/s41997-018-0167-x>
- GRIESBACH, Margarita (2014), "La Obligación reforzada del Estado frente a la infancia", Defensor: Revista de Derechos Humanos, 12 (12) pp.13-17.
- Gudino, D., & Velez, R. (2017). *Política de drogas en Ecuador: Un balance*

- cuantitativo para transformaciones cualitativas* (Primera edición). Retrieved from <http://library.fes.de/pdf-files/bueros/quito/13594.pdf>
- Gudiño, Daniel y Rodrigo Vélez (2017). “Política de Drogas en Ecuador: Un balance cuantitativo para transformaciones cualitativas”. Quito: Friedrich Ebert Stiftung-Ildis.
- Guerra Páez, V. R., & Terán Portelles, V. E. (2019). Asociación entre disfunción familiar y características de la familia con el consumo de drogas, alcohol y tabaco en estudiantes de Primer Semestre de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador-Sedes Ibarra, Quito, Portoviejo y Santo Domingo en el año 2018.
- Guillén, R. R., & Nascimento, L. C. (2010). Consumo de drogas en los jóvenes de la ciudad de Guayaquil, Ecuador. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*, 18, 598-605.
- HALL, W. (2017). “*The future of the international drug control system and national drug prohibitions*”. *Addiction*, 113(7), 1210–1223.
- Harris, Genevieve, *Condenados por los números: cantidades de umbral en políticas de drogas*, TNI y IDPC, Ámsterdam y Londres, 2011
- Hawkins, J. D., Catalano, R. F., & Arthur, M. W. (2002). Promoting science-based prevention in communities. *Addictive behaviors*, 27(6), 951-976.
- HEALTH POVERTY ACTION (2017). *The Development Impacts of the “War on Drugs.”* En *Militarised Responses to Transnational Organised Crime*, 299–322.
- Hermida, C. (2011). Sumak Kawsay: Ecuador builds a new health paradigm.
- HRW [HUMAN RIGHTS WATCH], Re: Call for Submissions on the Issue of Drugs and Human Rights (the implementation of Resolution A/HRC/28/L.22),
- Huber, M., Knottnerus, J. A., Green, L., van der Horst, H., Jadad, A. R., Kromhout, D., ... & Schnabel, P. (2011). How should we define health?. *Bmj*, 343, d4163.
- IDPC [Consortio Internacional sobre Políticas de Drogas] (2016). *Guía sobre Políticas de drogas*, 3ª edición.
- ILO Home, I. L. (2019, 12 3). *Drug and alcohol abuse, an important workplace issue*. Retrieved from [www.ilo.org/public/english/protection/](http://www.ilo.org/public/english/protection/)
- INdEyC, I. N. E. C. (2012). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición-ENSANUT 2012 Demografía. *Salud Materna e Infantil y Salud Sexual y Reproductiva*.

Informe sobre el Consumo de Drogas en las Américas 2019.

- INGRAHAM, Christopher (2017), "Following marijuana legalization, teen drug use is down in Colorado", Washington Post, publicado el 11 de diciembre del 2017 [Fecha de Consulta 23 de octubre del 2019]. Disponible online en: <https://www.washingtonpost.com/news/wonk/wp/2017/12/11/following-marijuana-legalization-teen-drug-use-is-down-in-colorado/>
- Jaén, S., & Dyner, I. (2014). A system dynamics approach to the study of Colombian coca cultivation and the counter-intuitive consequence of law enforcement. *International Journal of Drug Policy*, 25(2), 226–234. <https://doi.org/10/f5zm5d>
- Jelsma, M. (2012). Harm reduction for the supply-side: Its time has come. *International Journal of Drug Policy*, 23(1), 20–21. <https://doi.org/10/cxhq5s>
- JIFE (2016) Estupefacientes: previsiones de las necesidades mundiales para 2016; estadísticas de 2014 (E/INCB/2015/2)
- JIFE (2016) Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes sobre la disponibilidad de sustancias sometidas a fiscalización internacional: Garantizar suficiente acceso a esas sustancias para fines médicos y científicos (E/INCB/2015/1/Supp.1) [https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2015/Spanish/Supplement-AR15\\_availability\\_Spanish.pdf](https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2015/Spanish/Supplement-AR15_availability_Spanish.pdf)
- JIFE (2019) Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes correspondiente a 2018, (Naciones Unidas, Vienna). [https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2018/Annual\\_Report/Annual\\_Report\\_2018\\_S.pdf](https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2018/Annual_Report/Annual_Report_2018_S.pdf).
- Kíssila Teixeira Mendes, Telmo Mota Ronzani, & Fernando Santana de Paiva. (2019). Poverty, Stigma, and Drug Use: Reflections About a Perverse Relation. *Psychosocial Implications of Poverty : Diversities and Resistances*, 77. [https://doi-org.liverpool.idm.oclc.org/10.1007/978-3-030-24292-3\\_6](https://doi-org.liverpool.idm.oclc.org/10.1007/978-3-030-24292-3_6)
- Kleiman, M. (1992). *Against excess: Drug policy for results* (p. 360). New York, NY: BasicBooks.
- Labate, B. C., Cavnar, C., & Rodrigues, T. (2016). Introduction: Drugs and Politics in the Americas: A Laboratory for Analysis. In B. C. Labate, C. Cavnar, & T. Rodrigues (Eds.), *Drug Policies and the Politics of Drugs*

- in the Americas* (pp. 1–9). [https://doi.org/10.1007/978-3-319-29082-9\\_1](https://doi.org/10.1007/978-3-319-29082-9_1)
- Las Funciones y Atribuciones de la Secretaría Técnica de Drogas (SETED) Ecuador Vol. 1, núm. 5., (2017) Elvis Guillermo Fuentes Tenorio; Francisca Urbana Litardo Salazar; Walter Alfredo Castro Mariscal
- Ley No. 62, Código Penal [Cuba], artículo 190.1, modificado por el artículo 3 del Decreto-Ley No. 150 de 6 de junio de 1994 (G.O. Ext. No. 6 de 6 de junio de 1994, pág. 14).
- Ley Orgánica de Educación Superior (LOEI). República del Ecuador. Registro oficial.
- Ley Orgánica de Prevención Integral del Fenómeno Socio Económico de las Drogas y Control del Uso de Sustancias Catalogadas Sujetas a Fiscalización.* (2015). Quito: Registro Oficial Suplemento 615.
- Ley Orgánica de Prevención Integral Fenómeno Socio Económico de las Drogas. Registro Oficial Suplemento 615 de 26 de octubre de 2015.
- Ley sobre Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas. Registro Oficial N.º 525 de 17 de septiembre de 1990.
- López Segrera, F. (2005). Posibles escenarios mundiales de la educación superior. *Perfiles educativos*, 27(109-110), 140-165.
- López y Segarra, F., & Grau, J. y. (2007). Número monográfico: inserción social del drogodependiente. *Salud y drogas*, 7(1). Retrieved from [www.saludydrogas.com](http://www.saludydrogas.com)
- López, G. (2016, May 8). The war on drugs, explained. Retrieved April 2, 2019, from Vox website: <https://www.vox.com/2016/5/8/18089368/war-on-drugs-marijuana-cocaine-heroin-meth>
- Luo, T., Wang, J., et.al. (2014). Stigmatization of people with drug dependence in China: a community-based study in Hunan province. *Drug and alcohol dependence*, 134, 285-289.
- March, J. C., Oviedo-Joekes, E., & Romero, M. (2006). Drugs and social exclusion in ten European cities. *European addiction research*, 12(1), 33-41.
- Marlatt, G. A., Larimer, M. E., & Witkiewitz, K. (2012). Harm reduction. pragmatic strategies for managing high-risk behaviors. Guilford Press. Retrieved from <https://search-ebSCOhost-com.liverpool.idm.oclc.org/login.aspx?direct=true&db=cat00003a&AN=lvp.b5098962&site=eds-live&scope=site>
- Martinez Valenzuela, C. (2013). The “War on Drugs” and the “New Strategy”:

- Identity constructions of the United States, U.S. drug users and Mexico. *Mexican Law Review*, 5(2), 245–275. <https://doi.org/10/gfv8f6>
- Martínez-Pinilla E, Reyes-Resina I, Oñatibia-Astibia A, Zamarbide M, Ricobaraza A, Navarro G, et al. CB1 and GPR55 receptors are coexpressed and form heteromers in rat and monkey striatum. *Exp Neurol* [Internet]. 2014 Nov [cited 2017 Jun 21];261: [about 13 p.]. Available from: <https://pdfs.semanticscholar.org/6f49/e2fa187d4fb74c7b7c7b4d449dab9802de08.pdf>
- Martínez-Rojas, J. G. (2012). Reseña del libro *Bullying: el maltrato entre iguales. Agresores, víctimas y testigos en la escuela de José María Avilés-Martínez*. Magis, *Revista Internacional de Investigación en Educación*, 5(10).
- Melo, J. S., Garfein, R. S., Hayashi, K., Milloy, M. J., DeBeck, K., Sun, S., ... Werb, D. (2018). Do law enforcement interactions reduce the initiation of injection drug use? An investigation in three North American settings. *Drug and Alcohol Dependence*, 182, 67–73. <https://doi.org/10/gc2r8x>
- MEM (2019). Informe Evaluación sobre Políticas de Drogas, Ecuador. Comisión Interamericana para el control del Abuso de Drogas (CICAD)
- Michel, L. (2016). Drug use in prisons: strategies for harm reduction (ANRS-PRIDE Program) / Uso de drogas na prisão: estratégias de redução de danos (Programa ANRS PRIDE). *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(7), 2081–2088. <https://doi-org.liverpool.idm.oclc.org/10.1590/1413-81232015217.28442015>
- MINEDUC (2014). Educación preventiva integral de los usos y consumos problemáticos de alcohol, tabaco y otras drogas en el sistema educativo nacional: Programa de participación estudiantil guía metodológica para docentes. Ecuador.
- Ministerio de Finanzas (2016). “Informe de Gestión Presupuestaria”.
- Ministerio de Finanzas (2017). “Informe de Gestión Presupuestaria”.
- Ministerio de Salud Pública, M. (2014). *Modelo de Atención de Salud Mental*. Quito: Ministerio de Salud Pública, MSP.
- Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad (2015). V Catálogo de Buenas Prácticas en Drogodependencias. España.
- MSP, M. d. (2012). *Manual del Modelo de Atención Integral en Salud*. Quito: Ministerio de Salud Pública.



- NACIONES UNIDAS CAMBODIA (2010), *Support to the Royal Government of Camodia to deliver evidence-based Drug Dependence Detoxification, Treatment and Aftercare for people who use drugs.*
- Naciones Unidas, *Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas*, 1988
- Naranjo, F., & Jaramillo, D. (2015). Costo del fenómeno de las drogas en Ecuador en 2015. *Guayaquil: Subsecretaría Técnica de Análisis, Prospectiva y Evaluación.*
- National Institute of Health [Internet]. Bethesda: National Institute on Drug Abuse; c1887-2017 [actualizado 24 Nov 2014; citado 21 Jun 2017]. Las drogas, el cerebro y el comportamiento: La ciencia de la adicción; Disponible en: <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes/las-drogas-el-cerebro-y-el-comportamiento-la-ciencia-de-la-adiccion/abuso-y-adiccion-las-drogas>
- Nesvaag, S., & Lie, T. (2010). The Norwegian substance treatment reform: between New Public Management and conditions for good practice. *NORDISK ALKOHOL OCH NARKOTIKATIDSKRIFT*, (6), 655. Retrieved from <https://search-ebsohost-com.liverpool.idm.oclc.org/login.aspx?direct=true&db=edsbl&AN=CN078069210&site=eds-live&scope=site>
- NIDA (2014). *Lessons from Prevention Research*. USA
- Ochoa Mangado, E., & Madoz Gúrpide, A. (2008). Consumo de alcohol y otras drogas en el medio laboral. *Medicina y Seguridad del Trabajo*.
- OEA. (2019). Informe sobre el consume de drogas en las Américas. OEA/CICAD. ISBN 978-0-8270-6794-3
- OFICINA DE LAS NACIONES UNIDAS CON LAS DROGAS Y EL DELITO, Reporte Mundial de Drogas 2018, pág. 27, 2018.
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, O. (2004). *Escuelas: educación de base escolar para la prevención del uso indebido de drogas*. New York: Naciones Unidas.
- OMS (2019) Carta al Excmo. Secretario General de las Naciones Unidas sobre las recomendaciones de la 41.ª reunión del Comité de Expertos en Farmacodependencia celebrada del 12 al 16 de noviembre de 2018 en la sede de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en Ginebra. [https://www.who.int/medicines/access/controlled-substances/Spanish\\_UNSG\\_](https://www.who.int/medicines/access/controlled-substances/Spanish_UNSG_)

Letter\_ECDD41\_Recommendations\_cannabis.pdf?ua=1

- OMS [Organización Mundial de la Salud], Salud y Derechos Humanos] (2017), publicado el 29 de diciembre de 2017, [Fecha de Consulta 23 de octubre del 2019]. Disponible online en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>.
- OMS [Organización Mundial de la Salud], Salud y Derechos Humanos], Constitución de la Organización Mundial de la Salud, 1945.
- OMS [Organización Mundial de la Salud], Salud y Derechos Humanos], Glosario de Términos de Alcohol u Drogas, 2008.
- OMS [Organización Mundial de la Salud], Salud y Derechos Humanos], Glosario de Términos de Alcohol y Drogas, 1994.
- OMS [Organización Mundial de la Salud], Salud y Derechos Humanos], La salud es un derecho humano fundamental, 2017.
- OMS [Organización Mundial de la Salud], Salud y Derechos Humanos], Salud mental: un estado de bienestar, 2013.
- ONUDC (2014). Amphetamine-Type Stimulants in Latin America. Global SMART Programme. Retrieved from <https://search-ebSCOhost-com.liverpool.idm.oclc.org/login.aspx?direct=true&db=edsbas&AN=edsbas.8FB93D9&site=eds-live&scope=site>
- ONUDC (2019). Informe Mundial sobre Drogas.
- Organización de Estados Americanos (2015). “Alternativas al encarcelamiento para delitos relacionados con drogas”. Washington: CICAD y Ministerio de Justicia y del Derecho de la República de Colombia.
- Organización de Estados Americanos, *Alternativas al encarcelamiento para delitos relacionados con drogas*, CICAD y Ministerio de Justicia y del Derecho de la República de Colombia, Washington, 2015
- Organización de los Estados Americanos. Mecanismo de Evaluación Multilateral. Evaluación del progreso de control de drogas Ecuador 2007-2009 [Internet]. Ecuador: OEA; 2010 [citado 21 Jun 2017]. Disponible en: [http://www.cicad.oas.org/mem/reports/5/Full\\_Eval/Ecuador%20-%205ta%20Rd%20-%20ESP.pdf](http://www.cicad.oas.org/mem/reports/5/Full_Eval/Ecuador%20-%205ta%20Rd%20-%20ESP.pdf)
- Organización Panamericana de la Salud, Acceso Universal a la Salud y Cobertura Universal de Salud, 2014.
- Ortiz, C. M. B., & Marziale, M. H. P. (2010). El consumo de alcohol en personal administrativo y de servicios de una universidad del Ecuador. *Revista*

*Latino Americana de Enfermagem*, 18, 487-495.

- Paladines, J. V. (2015). Cárcel y drogas en Ecuador: el castigo de los más débiles. Colectivo de Estudios Drogas y Derecho, 17
- Paladines, J. V. (2017). *Matemáticamente detenidos, geoméricamente condenados: La punitividad de los umbrales y el castigo al microtráfico*. Retrieved from <http://library.fes.de/pdf-files/bueros/quito/13411.pdf>
- Paladines, Jorge Vicente (2016). "En busca de la prevención perdida: reforma y contrarreforma de la política de drogas en Ecuador". Quito: Friedrich Ebert Stiftung-Ildis.
- Paladines, Jorge Vicente, *En busca de la prevención perdida: reforma y contrarreforma de la política de drogas en Ecuador*, Friedrich Ebert Stiftung, Quito, 2016
- Paladines, Jorge Vicente, Ernesto Pazmiño y Marlo Brito, *Guía de aplicación del principio de favorabilidad para las personas condenadas por delitos de drogas en Ecuador*, Defensoría Pública del Ecuador, Quito, 2014
- Paladines, Jorge Vicente, *Matemáticamente detenidos, geoméricamente condenados: la punitividad de los umbrales y el castigo al microtráfico*, Parametría y Friedrich Ebert Stiftung, Quito, 2017
- Paredes, N. P., Miasso, A. I., & Tirapelli, C. R. (2008). Consumption of benzodiazepines without prescription among first-year nursing students at the University of Guayaquil, school of nursing, Ecuador. *Revista latinoamericana de enfermagem*, 16(SPE), 634-639.
- Peruga, A. (2001). Políticas de control de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en América Latina. *Adicciones*, 13(4), pp. 367 - 370.
- Philipsen, N., Butler, R. D., Simon-Waterman, C., & Artis, J. (2014). Medical Marijuana: A Primer on Ethics, Evidence, and Politics. *The Journal for Nurse Practitioners*, 10(9), 633–640. <https://doi.org/10/gfx4g5>
- Plan Nacional de Prevención Integral y Control del Fenómeno Socio Económico de las Drogas 2017-2021
- Plan V (2018a)*. "Así se incinera la cocaína en Ecuador". En: <http://www.planv.com.ec/historias/sociedad/asi-se-incinera-la-cocaina-el-ecuador>. Consultado el 20 de octubre de 2018.
- Plan V (2018b)*. "Persisten las dudas sobre la incineración de droga". En: <http://www.planv.com.ec/historias/sociedad/persisten-dudas-sobre-incineracion-droga> Consultado el 20 de octubre de 2018.

- POWELL, M., SLATER, J., ROLLES, S., MURKIN, G., KUSHLICK, D., & SAUNTER, N. (Eds.). (2016). *The alternative world drug report*. Transform Drug Policy Foundation.
- Presidente Rafael Correa. Enlace Ciudadano 440. En: <https://www.youtube.com/watch?v=CxKIWznWRhc>. Consultado el 10 de septiembre de 2019.
- Procrear. (2007). *Hacia un modelo de inclusión social para personas consumidoras de sustancias psicoactivas*. Ministerio de Protección Social, Fundación PROCREAR. Colombia.
- Pública, M. d. (2012). *Manual del Modelo de Atención Integral de Salud - MAIS*. Quito.
- Ramos, C., Albarracín, E., Arguello, A., Chávez, M., Falconí, A., Jurado, M., & Vélez, E. (2016). Relación entre el control inhibitorio y el consumo de alcohol de estudiantes universitarios. *Revista Científica y Tecnológica UPSE*, 3(2), 91-99.
- Ratliff, E. A., Kaduri, P., Masao, F., Mbwambo, J. K. K., & McCurdy, S. A. (2016). Harm reduction as a complex adaptive system: A dynamic framework for analyzing Tanzanian policies concerning heroin use. *International Journal of Drug Policy*, 30, 7–16. <https://doi.org/10/f8kjgg>

### Referencias

- Registro Oficial Suplemento N.º 586 del 14 de septiembre de 2015. Resolución 001-CONSEP-CD-2015.
- Reglamento de Régimen Académico (2019). CES
- Reglamento General a la Ley Orgánica de Prevención Integral del Fenómeno Socio Económico de las Drogas y Control del Uso de Sustancias Catalogadas Sujetas a Fiscalización*. (2016). Quito: Registro Oficial Suplemento 717.
- República del Ecuador, *Código Orgánico Integral Penal*, 2014
- República del Ecuador, Constitución de la República, 2008
- República del Ecuador, *Histórico de PPL y Población Nacional 1989 - 2019*, Servicio Nacional de Atención Integral a Personas Adultas Privadas de la Libertad y Adolescentes Infractores del Ecuador, Quito, 2019
- República del Ecuador, *Ley de Control del Opio*, 1916
- República del Ecuador, *Ley de Control y Fiscalización del Tráfico de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas*, 1974

- República del Ecuador, *Ley de Control y Fiscalización del Tráfico de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas*, 1987
- República del Ecuador, *Ley de Control y Fiscalización del Tráfico de Estupefacientes*, 1970
- República del Ecuador, *Ley de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas*, 1990
- República del Ecuador, *Ley Orgánica para la Prevención Integral del Fenómeno Socioeconómico de las Drogas y Regulación y Control del Uso de Sustancias Catalogadas Sujetas a Fiscalización*, 2015
- República del Ecuador, *Ley sobre el Tráfico de Materias Primas, Drogas y Preparados Estupefacientes*, 1958
- República del Ecuador, *Ley sobre Importación, Venta y Uso del Opio y sus Derivados y de los Preparados de la Morfina y de la Cocaína*, 1924
- República del Ecuador, *Número de PPL por grupo de infracción*, Servicio Nacional de Atención Integral a Personas Adultas Privadas de la Libertad y Adolescentes Infractores del Ecuador, Quito, 2019
- República del Ecuador, *Resolución No. 0012-2015*, Corte Nacional de Justicia, 2015
- República del Ecuador, *Resolución No. 001-CONSEP-CD-2015*, Consep, 2015
- República del Ecuador, *Resolución No. 001-CONSEP-CO-2013*, Consep, 2013
- República del Ecuador, *Resolución No. 002 CONSEP-CD-2014*, Consep, 2014
- República del Ecuador, *Resolución No. 02-2019*, Corte Nacional de Justicia, 2019
- República del Ecuador, *Sentencia No. 7-17-CN/19*, Corte Constitucional, 2019
- Ries, N. M. (2015). Prescribe with Caution: The Response of Canada's Medical Regulatory Authorities to the Therapeutic Use of Cannabis. *McGill Journal of Law and Health*, 215. Retrieved from <https://search.ebscohost.com.liverpool.idm.oclc.org/login.aspx?direct=true&db=edshol&AN=edshol.hein.journals.mcghealp9.7&site=eds-live&scope=site>
- RIOD, Estigma, consumo de drogas y adicciones, 2019.
- Riofrío Guillén R. Consumo de drogas en los jóvenes de la ciudad de Guayaquil, Ecuador. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. May-Jun 2010 [citado

- 21 Jun 2017];18(Spec): [aprox. 13 p.]. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18nspe/a16v18nspe.pdf>
- Ritter, A. J., Wodak, A. D., & Crofts, J. N. (2004). Reducing drug-related harm: Australia leads the way. *Medical Journal of Australia*, 181(5), 242–243. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2004.tb06260.x>
- Ritter, A., & Lancaster, K. (2013). Measuring research influence on drug policy: A case example of two epidemiological monitoring systems. *International Journal of Drug Policy*, 24(1), 30–37. <https://doi.org/10/f4m47c>
- Rizzo González, M. F. (2015). Hiphoperos guayacos: artistas urbanos que redefinen sus prácticas culturales en la sociedad actual.
- Roberts, M. (2014). Making drug policy together: Reflections on evidence, engagement and participation. *International Journal of Drug Policy*, 25(5), 952–956. <https://doi.org/10/f6mhtp>
- ROJAS, A. (2019) “Los niños, las víctimas invisibles de la guerra contra el narco y el crimen organizado en México”, por BBC News Mundo en México, publicado el 26 abril 2019, [Fecha de Consulta 23 de octubre del 2019]. Disponible online en <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-48060807>
- Rolles, S., Murkin, G., Powell, M., Kushlick, D., & Slater, J. (2012). The Alternative World Drug Report: Counting the costs of the war on drugs. Count the Costs.
- Romani (2017), Modelos de Regulación de Cannabis en las Américas [http://www.cicad.oas.org/Main/AboutCICAD/Reference/ROMANI\\_Modelos%20de%20Regulacion%20de%20Cannabis-SPA.PDF](http://www.cicad.oas.org/Main/AboutCICAD/Reference/ROMANI_Modelos%20de%20Regulacion%20de%20Cannabis-SPA.PDF)
- Romani, O. (2008, Septiembre - Diciembre). Políticas de drogas: prevención, participación y reducción del daño. *Salud Colectiva*, 301 - 3018.
- Room, R. (2005). Stigma, social inequality and alcohol and drug use. *Drug and alcohol review*, 24(2), 143-155.
- Room, R., & Reuter, P. (2012). How well do international drug conventions protect public health? *The Lancet*, 379(9810), 84–91. <https://doi.org/10/fx64zh>
- Roses Periago, M. (2005). La salud mental: una prioridad de salud pública en las Américas. *Revista Panamericana de la Salud Pública*, pp. 223 - 225.
- Salamat, S. (2017). *Discrepant conceptions: how people who use drugs and their healthcare professionals perceive stigma's effect on care* (Doctoral

- dissertation, University of Surrey).
- Sánchez, C. A. (s/a). *Guía de intervención: menores y consumo de drogas*. Madrid: ADES.
- SCHUJER, María., El Impacto de las Políticas de Drogas en los Derechos Humanos: La Experiencia del Continente Americano.
- Scott, M., Noh, S., Brands, B., Hamilton, H., Gastaldo, D., Wright, M. D. G. M., ... & Khenti, A. (2015). Influencia de pares, familia, espiritualidad, entretenimiento y consumo de drogas en estudiantes de Universidad en Manabi, Ecuador. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 24(SPE), 154-160.
- Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico, S. (2019). *Orientaciones para el abordaje de los lineamientos curriculares para la prevención de las adicciones*. Retrieved from [argentina.gov.ar: https://www.argentina.gov.ar/sites/default/files/sedronar-orientacionparaaelabordaje.pdf](https://www.argentina.gov.ar/sites/default/files/sedronar-orientacionparaaelabordaje.pdf)
- SECRETARIA GENERAL DE LAS NACIONES UNIDAS, *Capital punishment and implementation of the safeguards guaranteeing protection of the rights of those facing the death penalty: report of the Secretary-General*, E/2015/49, 2015.
- Secretaría Técnica de Drogas. 2016. Estructura Orgánica de la SETED. 2016: 4).
- Secretaría Técnica de Prevención Integral de Drogas, S. (2016). *Factores de riesgo y factores de protección del uso y consumo de drogas ilícitas en estudiantes de 9no de EGB, 1ero y 3ero de Bachillerato*. Quito: Secretaría Técnica de Prevención Integral de Drogas.
- Seddon, T. (2011). Explaining drug policy: Towards an historical sociology of policy change. *International Journal of Drug Policy*, 22(6), 415–419. <https://doi.org/10/cxcxfr>
- SENDA, S. N. (2016). *Integración social, exclusión social y drogas: de las políticas a las prácticas*. Santiago: World Bank Group.
- SENESCYT (2018). Educación Superior, Ciencia, Tecnología, Innovación y Saberes Ancestrales en Cifras.
- SETED (2016). Encuesta Nacional sobre uso de drogas en estudiantes de noveno de Educación básica Primero y Tercero de Bachillerato
- SETED (2017). Plan Nacional de Prevención integral y control del fenómeno socio económico de las drogas 2017-2021

- SETED, S. T. (2018). *Plan Nacional de Prevención Integral y Control del Fenómeno Socio Económico de las Drogas 2017 - 2021*. Quito: Secretaría Técnica de Prevención Integral de Drogas - SETED.
- Sharma, M. (2004). Review of Drug Use and Cultural Contexts “Beyond the West.” *International Quarterly of Community Health Education*, 23(4), 389–391. Retrieved from <https://search-ebscohost-com.liverpool.idm.oclc.org/login.aspx?direct=true&db=psych&AN=2005-15920-008&site=eds-live&scope=site>
- Sierra S, Luquin N, Rico AJ, Gómez-Bautista V, Roda E, Dopeso-Reyes IG (2015). Detection of cannabinoid receptors CB1 and CB2 within basal ganglia output neurons in macaques: changes following experimental parkinsonism. *Brain Struct Funct* [Internet]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4549378/>.
- Sinakhone, J. K., Hunter, B. A., & Jason, L. A. (2017). Good job, bad job: The employment experiences of women in recovery from substance abuse. *Work*, 57(2), 289–295. <https://doi-org.liverpool.idm.oclc.org/10.3233/WOR-172552>
- Singer, M. (2006). Caribbean drugs: From criminalization to harm reduction – Edited by Axel Klein, Marcus Day & Anthony Harriott. *Journal of the Royal Anthropological Institute*, 12(2), 477–478. <https://doi.org/10/dw9d34>
- Singleton, N., & Rubin, J. (2014). What is good governance in the context of drug policy? *International Journal of Drug Policy*, 25(5), 935–941. <https://doi-org.liverpool.idm.oclc.org/10.1016/j.drugpo.2014.03.008>
- SLOBODA Z., RINGWALT C.L. (2019) The School: A Setting for Evidence-Based Prevention Interventions and Policies. En: SLOBODA Z., PETRAS H., ROBERTSON E., HINGSON R. (eds) *Prevention of Substance Use. Advances in Prevention Science*. Springer, Cham
- Soliz, N., López, V. M., & Núñez, T. L. (2017). El consumo de alcohol y el rendimiento académico de los estudiantes de la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad Central del Ecuador en el año 2015. *Revista Publicando*, 4(10 (2)), 120-142.
- Stevens, A. (2011). Drug policy, harm and human rights: A rationalist approach. *International Journal of Drug Policy*, 22(3), 233–238. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2011.02.003>
- Stockings, et.al. (2018). Whole-of-community interventions to reduce



- population-level harms arising from alcohol and other drug use: a systematic review and meta-analysis. *Addiction*, 113(11), 1984–2018. Retrieved from <https://search-ebshost-com.liverpool.idm.oclc.org/login.aspx?direct=true&db=s3h&AN=132211581&site=eds-live&scope=site>
- The Lancet. (2016). Reforming international drug policy. *The Lancet*, 387(10026), 1347. <https://doi.org/10/gfv8fj>
- Touzé, G., & Goltzman, P. (Eds.). (2011). *América Latina: debate sobre drogas: I y II Conferencias Latinoamericanas sobre Políticas de Drogas*. Intercambios.
- Trace, M. (2012). Measuring drug law enforcement—from process to outcomes. *International Journal of Drug Policy*, 23(1), 17–18. <https://doi.org/10/bnwqz9>
- TRANSFORM DRUG POLICY FOUNDATION, (2015), Count the Cost: The War on Drugs: Harming, not protecting, young people. [Fecha de Consulta 23 de Abril de 2019]. Disponible en: [http://fileserv.idpc.net/library/Children-and-young-people\(1\).pdf](http://fileserv.idpc.net/library/Children-and-young-people(1).pdf)
- Tünnermann Bernheim, C. (2003). La universidad latinoamericana ante los retos del siglo XXI. UDUAL,
- Uggen, C., & Shannon, S. K. S. (2014). Productive Addicts and Harm Reduction: How Work Reduces Crime - But Not Drug Use. *Social Problems*, (Issue 1), 105. Retrieved from <https://search-ebshost-com.liverpool.idm.oclc.org/login.aspx?direct=true&db=edshol&AN=edshol.hein.journals.socprob61.9&site=eds-live&scope=site>
- UNICEF, Convención sobre los derechos del niño, 1989.
- UNICEF, Derechos de los niños y principios, pág. 8.
- UNICEF, Los niños y el consumo de drogas,
- UNICEF, Revisión a los Derechos del Niño en Desarrollo y Cooperación
- UNICEF, Situación educativa de las y los adolescentes privados de libertad por causas penales en América Latina y el Caribe, 2017.
- United Nations human rights rapporteur denounces torture, UNDOC. 24 de abril del 2009 [Consultado el 20 de agosto del 2019]. Disponible en internet: <https://www.unodc.org/unodc/en/frontpage/un-human-rights-rapporteur-denounces-torture.html>
- UNODC (2019) Informe Mundial Sobre Las Drogas 2018 <https://www.unodc.org>

org/wdr2018/prelaunch/WDR18\_ExSum\_Spanish.pdf

- UTPL, U. T. (2019). Conductas Adictivas en la Adolescencia: Estrategias de prevención e intervención. *Guía Conductas Adictivas en la Adolescencia: Estrategias de prevención e intervención*. Quito: Universidad Técnica Particular de Loja.
- VAN BEEK, I. (2007). *Case study: Accessible primary health care—A foundation to improve health outcomes for people who inject drugs*. *International Journal of Drug Policy*, 18(4), 329–332.
- Van Hout, M. C., & Brennan, R. (2012). Curiosity killed M-Cat: A post-legislative study on mephedrone use in Ireland. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 19(2), 156–162. <https://doi.org/10/bk52xm>
- Van Schipstal, I., Mishra, S., Berning, M., & Murray, H. (2016). Harm Reduction from below: On Sharing and Caring in Drug Use. *Contemporary Drug Problems*, (Issue 3), 199. Retrieved from <https://search-ebshost-com.liverpool.idm.oclc.org/login.aspx?direct=true&db=edshol&AN=edshol.hein.journals.condp43.21&site=eds-live&scope=site>
- Von Hoffmann, J. (2016). The international dimension of drug policy reform in Uruguay. *International Journal of Drug Policy*, 34, 27–33. <https://doi.org/10/f82q6f>
- Watson, T. M., Strike, C., Challacombe, L., Demel, G., Heywood, D., & Zurba, N. (2017). Developing national best practice recommendations for harm reduction programmes: Lessons learned from a community-based project. *International Journal of Drug Policy*, 41, 14–18. <https://doi-org.liverpool.idm.oclc.org/10.1016/j.drugpo.2016.11.008>
- WERB, D. (2018). Post-war prevention: Emerging frameworks to prevent drug use after the War on Drugs. *International Journal of Drug Policy*, 51, 160–164.
- WERB, D. et al (2008), 'Risks Surrounding Drug Trade Involvement Among Street-Involved Youth', *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 34: 810–820, 2008.
- Werb, D., Kazatchkine, M., Kerr, T., Nutt, D., Strathdee, S., Hankins, C., ... Wood, E. (2016). A call to reprioritise metrics to evaluate illicit drug policy. *The Lancet*, 387(10026), 1371. <https://doi.org/10/gfv8gd>
- WERB, D., MILLS, E. J., DEBECK, K., KERR, T., MONTANER, J. S. G., & WOOD, E. (2011). *The effectiveness of anti-illicit-drug public-service*

- announcements: a systematic review and meta-analysis. Journal of Epidemiology & Community Health, 65(10), 834–840.*
- Werb, D., Rowell, G., Guyatt, G., Kerr, T., Montaner, J., & Wood, E. (2011). Effect of drug law enforcement on drug market violence: A systematic review. *International Journal of Drug Policy, 22(2), 87–94.* <https://doi.org/10/djxt5b>
- WHO (2016). *Drug use and road safety: a policy brief* (No. WHO/MSD/MSB/16.1). World Health Organization.
- WHO (2018). Global status report on alcohol and health 2018. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0
- Wiessing, L., Ferri, M., Běláčková, V., Carrieri, P., Friedman, S. R., Folch, C., ... & Mravčík, V. (2017). Monitoring quality and coverage of harm reduction services for people who use drugs: a consensus study. *Harm reduction journal, 14(1), 19.*
- Wretfors, C., Cho, S. W., Hedenqvist, M. S., Marttila, S., Nimmermark, S., & Johansson, E. (2009). Use of industrial hemp fibers to reinforce wheat gluten plastics. *Journal of Polymers and the Environment, 17(4), 259.*
- Youngers, Coletta y Eileen Rosin: “La “guerra contra las drogas” impulsada por Estados Unidos: su impacto en América Latina y el Caribe”, en Coletta Youngers y Eileen Rosin (editoras), *Drogas y Democracia en América Latina. El impacto de la política de los Estados Unidos.* WOLA y Editorial Biblós, Buenos Aires, 2005
- Zhang, S. X., & Chin, K. (2018). China’s New Long March to Control Illicit Substance Use: From a Punitive Regime towards Harm Reduction. *Journal of Drug Policy Analysis, 11(1).* <https://doi.org/10/gfxzhh>
- Ziegel, Z. (2018, September 20). Hating Big Pharma Is Good, But Supply-Side Epidemic Theory Is Killing People. Retrieved March 25, 2019, from Longreads website: <https://longreads.com/2018/09/20/hating-big-pharma-is-good-but-supply-side-epidemic-theory-is-killing-people/>

**Anexos**

Las políticas públicas en materia de drogas que se han implementado en Ecuador no se abordan de manera integral como lo requiere el fenómeno socioeconómico de las drogas. Este fenómeno necesita de una intervención balanceada que coloque al ser humano como eje de la política, que considere y diferencie la necesidad de atención en temas de salud pública, control de la oferta y la demanda, y que se elabore en base a la evidencia científica y realidad de los territorios de país.

Este libro que es una construcción colectiva entre la Academia representada por la Universidad de Especialidades Espíritu Santo y la Sociedad Civil a través de Parametría y Open Society Foundations, busca analizar las políticas de drogas implementadas en el país; y a su vez hace recomendaciones que aporten a la construcción de nuevas políticas centradas en el ser humano y el respeto de sus derechos partiendo de un nuevo enfoque integral para el abordaje del fenómeno socioeconómico de las drogas.



[www.parametria.org](http://www.parametria.org)



[Parametria\\_org](https://twitter.com/Parametria_org)



Centro  
de Investigaciones



 [uees\\_ec](https://twitter.com/uees_ec)

 [universidadespiritusanto](https://www.facebook.com/universidadespiritusanto)

 [www.uees.edu.ec](http://www.uees.edu.ec)

 Km. 2,5 La Puntilla,  
Samborondón

[ceninv@uees.edu.ec](mailto:ceninv@uees.edu.ec)

Teléfono: (593-4) 5000 950 Ext: 1319 - 1317