

REPÚBLICA DEL ECUADOR



**INSTITUTO DE ALTOS ESTUDIOS NACIONALES
LA UNIVERSIDAD DE POSGRADO DEL ESTADO**

**Trabajo de Titulación para obtener la Maestría de Investigación en Políticas Públicas
para la prevención Integral de Drogas**

**Centro de Seguridad y Defensa
Convocatoria 2017-2019**

TESIS

**APLICACIÓN DE POLITICAS PÚBLICAS TEMA DROGAS EN 3 CETAD (CENTROS
ESPECIALIZADOS EN TRATAMIENTO DE ADICCIONES) EN EL DISTRITO
METROPOLITANO DE QUITO**

**AUTORA: EDITH JEANNETE TOALA PINARGORTE
DIRECTOR: MAGISTER DANIEL PONTÓN
Quito, junio 2021**

AUTORÍA

Yo, Edith Jeannette Toala Pinargote, máster, con CC 1709147779, declaro que las ideas, juicios, valoraciones, interpretaciones, consultas bibliográficas, definiciones y conceptualizaciones expuestas en el presente trabajo, así como los procedimientos y herramientas utilizadas en la investigación, son de absoluta responsabilidad de la autora del trabajo de titulación. Asimismo, me acojo a los reglamentos internos de la universidad correspondientes a los temas de honestidad académica.



Edith Jeannette Toala Pinargote
CC 1709147779

AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN

"Yo Edith Jeannette Toala Pinargote cedo al IAEN, los derechos de publicación de la presente obra por un plazo máximo de cinco años, sin que deba haber un reconocimiento económico por este concepto. Declaro además que el texto del presente trabajo de titulación no podrá ser cedido a ninguna empresa editorial para su publicación u otros fines, sin contar previamente con la autorización escrita de la universidad"

Quito, marzo 2021



Edith Jeannette Toala Pinargote

CC 1709147779

AGRADECIMIENTO

Extiendo mi agradecimiento a todas aquellas personas que hicieron posible la realización de esta investigación, de manera especial a las personas que día a día entregan su trabajo en prode la sociedad en los Centros Especializados en Tratamiento de Adicciones y a mi querido hijo y esposo por su apoyo incondicional al brindarme su fortaleza moral permanente.

Edith Jeannette

RESUMEN

Esta investigación surgió de la problemática planteada respecto a la realidad de las políticas públicas que se aplica en los Centros Especializados en el tratamiento a personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas (CETAD) en el Distrito Metropolitano de Quito, analizando las diferencias existentes del marco normativo regulatorio establecido por el Estado para la aplicación de dicha política para personas con consumo problemático. Para el efecto se partió del análisis comparativo de la aplicación de políticas públicas en tema de drogas, de los textos de la “Constitución Política del Ecuador”; “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” así como también las Políticas Públicas que emanan del “Plan Nacional de Prevención Integral del Fenómeno Socio Económico de las Drogas”. El análisis encontró discordancias de aplicabilidad en tres Centros especializados en tratamiento de Adicciones de la ciudad de Quito. Este estudio visualizó como un todo el tema social, en la evaluación del resultado de las acciones de las prácticas de dicha política pública, accionadas en la población que se desenvuelve en esta problemática. Como hipótesis se consideró que, en la aplicación de la política pública de los CETAD, existen diferencias muy marcadas en cuanto al funcionamiento, debido a la estricta normativa que emana de la política de drogas, Manifestada en las deficiencias en cuanto a tratamientos a personas con consumo de adicciones y otras drogas. Este es un estudio que utiliza un método descriptivo – cualitativo. Como recurso complementario se realizó entrevistas para conocer la problemática desde el punto de vista de los principales actores involucrados con los centros de tratamiento de adicciones; así como observaciones a los Centros de Tratamiento. Dentro de los principales hallazgos de este trabajo se identificó una marcada diferencia que existen en los CETAD, desde la infraestructura; los modelos de intervención terapéutica; número de profesionales y número de usuarios atendidos en cada centro. Estas diferencias constituyen la respuesta negativa a la estricta normativa que emana de la Política de Drogas, que genera una nula o escasa presencia del Estado para regular las actividades de funcionamiento de los centros, que al no contar con recursos y financiamiento necesarios se manifiesta en las deficiencias en cuanto a tratamientos y atención a personas con consumo de drogas.

Palabras claves: Políticas públicas. Drogas. Tratamiento de Adicciones CETAD (Centros Especializados en Tratamiento de Adicciones).

INDICE

APLICACIÓN DE POLITICAS PÚBLICAS TEMA DROGAS EN 3 CETAD (CENTROS ESPECIALIZADOS EN TRATAMIENTO DE ADICCIONES) EN EL DISTRITO METROPOLITANO DE QUITO

INTRODUCCIÓN	7
Diseño de la Investigación.....	12
Entrevistas cualitativas	14
Procesamiento de información	15
CAPITULO I.....	19
Problemática de las drogas y política pública	19
Referentes teóricos	19
Las Políticas Públicas en tema de drogas	26
Perspectiva Internacional	30
La Política Pública en la Salud.....	31
Políticas Públicas de tratamiento y rehabilitación en tema de drogas	35
La prevención del consumo de drogas	32
Personas usuarias y tratamiento.	36
Estigmas de las personas que consumen drogas.....	37
Enfoques en el tratamiento para personas que consumen drogas.....	38
Enfoque médico – biológico	41
Enfoque bio- psico- social. La reducción de daños.....	43
Comunidad terapéutica.....	45
Principales políticas públicas de drogas - Normativa jurídica en la República del Ecuador	48
Constitución Política del Ecuador.....	48
Código Integral Penal	50
Ley orgánica de prevención integral del fenómeno socio económico de las drogas regulación y control del uso de sustancias sujetas a fiscalización.	51
Plan Nacional de Prevención Integral y Control del Fenómeno Socio Económico de las Drogas 2017-2021.....	53
La política de prevención integral del fenómeno socio económico de las drogas	55

Evolución de la política pública de drogas en Ecuador.....	55
CAPÍTULO III.....	62
Centros especializados en tratamiento a personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas (CETAD)	62
Protección a personas con problemas de adicción	62
Licenciamiento a los CETAD	70
Centro de Atención Juvenil “La Dolorosa” - Padres Capuchinos. (atención a población adolescente femenino y masculino).	74
CETAD, Puma Maqui (atención a mujeres adolescentes).	79
CETAD, “Carlos Díaz” Dirección Distrital MSP 17D04, (atención género masculino adultos).....	81
CONCLUSIONES	87
Bibliografía.....	93
Galería de fotos	110

APLICACIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS TEMA DROGAS EN 3 CETAD (CENTROS ESPECIALIZADOS EN TRATAMIENTO DE ADICCIONES) EN EL DISTRITO METROPOLITANO DE QUITO

INTRODUCCIÓN.

Realizar un estudio sobre la problemática social compleja de drogas es un tema que tiene una infinidad de entradas para ser abordado, por lo que genera una cantidad de posibles trabajos académicos tanto en áreas que van desde lo jurídico, lo sociológico, lo social, el orden público, la intervención del Estado, lo religioso, lo ético, lo delincencial, etc., Las ciencias sociales trabajan con objetos móviles, desde este aspecto con respecto a la intervención social, podemos encontrar una complejidad de nuevos escenarios para que las intervenciones se apliquen o no.

La intervención es más compleja cuando a cada momento histórico se suman obstáculos que están presentes y que son producto de crisis que se viven a nivel mundial. Es necesario hacer una mirada transversal a las dificultades que van surgiendo por características propias de las circunstancias en las que se realizó este estudio, es decir, de la coyuntura de la problemática de drogas, esto intensifica la forma desde la cual se debe abordar el tema, más aun tomando en cuenta que se parte de un análisis de las políticas públicas y de la dirección que estas han tomado y las nuevas políticas que se deberían tomar en la relación Estado – sociedad, dotando de un sentido a todo el trabajo realizado.

Es necesario entender las relaciones sociales que se establecen a partir de las políticas públicas que se aplica en relación a la problemática de drogas, debido a que la población a la cual están dirigidas dichas políticas, es una población que no solamente se encuentran “al margen de la sociedad” sino que, debido a la dinámica de pauperización, es un sector “excluido” que no está formando parte activa y funcional del conjunto social.

Ante esta perspectiva las prácticas típicas de reinserción se oscurecen dado que la demanda hacia la intervención, está dirigida a sujetos que nunca estuvieron insertados en la sociedad, de ahí que las intervenciones de dichas políticas públicas puedan quedar en la etapa de planeación y de texto muerto que no llega a concretizarse, ni en el tiempo, ni en la manera de acceso para todos los actores que intervienen en estos procesos. (Carbanella, 2008, pág. 2),

El escenario donde se aplican estas políticas públicas es el de los Centros Especializados en Tratamientos a Personas con Consumo Problemático de Alcohol y otras drogas (CETAD). En estos escenarios la problemática social se complejiza ante situaciones como la violencia urbana y doméstica presente en la vida de los sujetos beneficiarios, la alimentación, el tratamiento de las adicciones.

La existencia de Centros Especializados en Tratamiento a Personas con Consumo Problemático de Alcohol y otras drogas (CETAD), que funcionan bajo la administración del Ministerio de Salud Pública, presenta ante la mirada escrutadora del análisis académico, diferencias en cuanto a infraestructura, modelos de intervención, atenciones, etc., y que necesita ser explicada, para comprender la génesis que genera esta anomalía, puesto que en teoría estas están regidas por un marco normativo regulatorio emitido por el Gobierno nacional que no debería generar diferencias: según el art. 119 de nuestra Constitución las instituciones del Estado, sus organismos y dependencias tienen el deber de coordinar sus acciones para la consecución del bien común, es decir, rescatar el carácter público de dichas políticas. (CRE, 2008), Sin embargo, la realidad difiere de lo que suele considerar en las planificaciones y en las proyecciones realizadas por la academia o los analistas políticos y sociales: y , se considera por sus resultados: infraestructura, organigrama o intervención en la vida de los beneficiarios de los CETAD.

De acuerdo con el Ministerio de Salud Pública, los CETAD, en cuanto entidad, brindan atención a adolescentes de género femenino y masculino, para lo cual reciben recursos del Estado. La inquietud que surge de este estudio se deriva de observaciones realizadas a los CETAD, luego de comparar se pudo evidenciar que existen diferencias de un centro a otro, tanto en su estructura como en el manejo de recursos. Ante lo cual, es preciso ahondar el análisis del mecanismo que puede producir dicha diferencia considerando las políticas públicas como acuerdos imaginados que, aunque intentan. no parten de la realidad de dichos centros, es decir, son realizadas desde la teoría de los estudios, pero no de la realidad objetiva y específica de los CETAD físicos del lugar donde funcionan, ni de los beneficiarios como sujetos prioritarios de la acción integrativa, En el desarrollo de esta investigación se constata las consecuencias de esta problemática que demanda una solución para mejorar la calidad de servicio inexorablemente vinculado al manejo de la solución de algunos de los problemas sociales generados y a la vida de cada uno de sus beneficiarios.

Se considera que las políticas públicas son instrumentos que fortalecen la actividad y la gestión del Estado y para ello se basa principalmente en las instituciones y organizaciones administrativas existentes o por crearse y los servicios efectivos que prestan a los ciudadanos, (Molina Peláez, 2017, pág. 65) en este contexto surge la inquietud con respecto a la realidad del Sistema de Salud en cuanto al cumplimiento de políticas públicas aplicadas en los CETAD. Un primer acercamiento indagará el rol que cumple el Estado en la aplicación de políticas públicas en materia de drogas, para conocer si la política pública planteada es útil como un servicio a la población que demanda eficacia de los servicios sean estos públicos o privados.

Nuestra región está conformada por naciones concebidas dentro del Estado de derecho,

sujetas a un ordenamiento jurídico y regidas por leyes dentro de un marco constitucional. Sin embargo, y como posible consecuencia de la realidad densa y compleja de la sociedad de estas naciones, se ha venido gestando un crecimiento desmesurado en cuanto a la expedición de leyes y decretos, lo cual va reforzando el planteamiento de que, lo expedido en el ordenamiento jurídico dista de aplicarse en la práctica cotidiana de las instituciones. (Molina Peláez, 2017, pág. 66)

Por lo tanto, también se visibilizará la cuestión institucional en tanto choque entre lo imaginado y lo factico (excesiva elaboración de normatividad e inaplicabilidad) en donde la población no confía en las instituciones que los representan, dicho de otra forma, “no reconoce en el imaginario de sus instituciones su propio producto” Castoriadis, 1983, pág. 9). Precisamente, este autor, Cornelius Castoriadis, sostiene que nuestro género empieza imaginando, creando, desplegando, concretizando y con estas acciones se trasforma a sí mismo, pero eso no se cumple en nuestro contexto: existen las instituciones y las leyes, pero no crean el espacio para su aplicabilidad. Eso solo puede suceder porque no se parte de la lectura de la realidad y de las necesidades de los beneficiarios, sino que surge unidireccionalmente y exclusivamente de la visión de quien armó las leyes y los mecanismos de aplicabilidad e intervención social. Son representaciones del mundo, que solo ajustan, construyen cualquier sentido desde su mundo propio.

Las instituciones modernas son en definitiva una forma de expresión de la sociedad, pero siempre formando parte de una maquinaria donde se articulan mecánicamente con otras instituciones, coordinadas, reguladas, sistematizadas y organizadas por el Estado. “Cada institución se considera como productora exclusiva de los sujetos que necesita en la situación que los necesita” (Lewkowiez, 2004). (Carbanella, 2008)

Para abordar esta investigación, es conveniente partir de una esquematización, a manera de referente cronológico, que permita contextualizar el tiempo en el cual se ideó, consolidó y empezó a aplicar las políticas públicas que norman la sociedad ecuatoriana en tema de drogas. Se analizará las políticas enunciadas desde la “Constitución Política del Ecuador”, 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” así como también se analizará las políticas públicas que emanan del “Plan Nacional de Prevención Integral del Fenómeno Socio Económico de las Drogas”.

Es necesario conocer el punto de vista de los sujetos receptores de los beneficios y del elemento operativo que labora en estos centros a estudiarse, para poder analizar la aplicación de la “Ley orgánica de prevención integral de Drogas”, ya que, de la actividad subjetiva de los

sujetos involucrados, se puede dar luces de la cultura circundante, puesto que el sujeto es producto, precisamente, de su cultura. (Barreno, Rodríguez, Mecías, & Ballesteros, 2011, pág. 14) De esta manera se pretende mostrar que, este punto de vista puede darnos conocimientos del efecto de la aplicación de las políticas públicas no sólo como operarios de las instituciones donde se aplican estos lineamientos, sino como elementos que, al narrar la aplicabilidad de las normas, va aportando con el conocimiento para entender las diferencias substanciales que están ocultas tras las formalidades de las normas escritas. La ejecución de la política pública tiene una forma de ser asimilada, desde el punto subjetivo de las emociones, por cada individuo, de tal forma que los significados y las interacciones, tanto individuales, grupales y colectivas del conjunto social, permiten construir un mapeo de actores, de relaciones y de acciones que evidencien la lógica en el que la excesiva carga de normativa genera desigualdades. Además, el lazo social de los sujetos receptores de los beneficios, se genera a pesar de todo, en nuevas formas de asociación, que también es necesario conocer a profundidad. La “ausencia” del lazo social de los sujetos beneficiarios de los CETAD forman parte de los padecimientos propios de los sujetos con dependencia a sustancias, presentándose estas cuestiones en general dentro de los espacios de intervención estudiados en la presente tesis. La expresión institucional de estos fenómenos se manifiesta en una serie de inconvenientes que ponen en discusión los aspectos fundacionales de las instituciones típicas de intervención social. (Carbanella, 2008)

Con la realización de este trabajo de investigación se busca analizar las principales políticas públicas ejecutadas por el Ecuador en cuanto al tratamiento y rehabilitación de personas con uso problemático de drogas, para lo cual se iniciará con un análisis a la Constitución de la República del Ecuador (CRE), El Código Orgánico Integral Penal (COIP) y 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, todos vigentes en la actualidad.

Se conoce, por estudios previos realizados que, a pesar de los esfuerzos gubernamentales de varios países a nivel mundial, de organizaciones de la sociedad civil y de los particulares destinados a encarar el consumo problemático de drogas en el mundo y de los recursos invertidos en las respuestas implementadas, los resultados obtenidos hasta la fecha han sido magros.

Recientemente se han documentado los enormes costos en los que se ha incurrido hasta la fecha alrededor del planeta, producto de las políticas que en materia de lucha contra las drogas se han venido llevado a cabo. (Camarrotti & Kornblit, 2015). Contrariamente a lo esperado, estas políticas están teniendo una gama de consecuencias no previstas, que incluyen la creación de un mercado ilegal cada vez mayor, el desplazamiento de la producción y el tráfico de drogas a nuevas áreas, el desvío de los recursos desde la salud hacia la represión, la difusión del uso de

nuevas drogas y la estigmatización con la marginalización de las personas que usan drogas. De esta realidad a nivel general, se ha planteado unas interrogantes a nivel local, por lo que este trabajo describirá la influencia de estas políticas en la situación de los consumidores desustancias en el Ecuador en los centros de atención y a la vez exponer los modelos de intervención que se utilizan en los tratamientos de rehabilitación de personas con adicciones, tomando como referencia tres CETAD de la ciudad de Quito. De lo anteriormente expuesto me planteo la siguiente pregunta que guiarán esta investigación:

- ¿Cuál es la realidad en la aplicación de las políticas públicas que se aplica en los CETAD en cuanto a infraestructura, modelos de intervención, atenciones, dentro del marco normativo regulatorio emitido por el Estado ecuatoriano?

El objetivo general es analizar la aplicación de las Políticas Públicas en tema de drogas en tres CETAD del Distrito Metropolitano de Quito. Para ello identifiqué los objetivos específicos: primero, describir la problemática del fenómeno de las drogas en el contexto global. Segundo comprender la aplicación de políticas públicas en tema de drogas; y, tercero analizar el sentido de políticas públicas aplicadas en los Centros Especializados en el tratamiento a personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas en CETAD de Quito.

Como hipótesis considero, que, en el Sistema de Salud Pública del Ecuador existen diferencias muy marcadas en cuanto al funcionamiento de los CETAD, debido a la estricta normativa que emana de la política de drogas, manifestada en las deficiencias en cuanto a tratamientos a personas con consumo de adicciones y otras drogas

En este trabajo, con la realización de investigación a CETAD en la ciudad de Quito, se analiza los enfoques desde los que se realiza una visita a estos centros y observar desde qué posicionamientos se aplica la política pública planteada desde el órgano regulador del Estado, el Ministerio de Salud Pública. Con la metodología se realizó un análisis de caso con el fin de estudiar la política pública (unidad de análisis) en centros que dan tratamiento a personas consumidoras de drogas, para este fin se observó cómo se aplican políticas de tratamiento en los siguientes centros de atención:

- Centro de Atención Juvenil “La Dolorosa” Padres Capuchinos. (atención a población adolescente femenino y masculino).
- CETAD Puma Maqui (atención a mujeres adolescentes)
- CETAD Dirección Distrital MSP 17D04 (atención género masculino adulto)

El análisis de esta tesis parte del supuesto que el consumo de drogas es un hecho complejo

que no se puede abordar de un modo aislado de los contextos sociales en los que se presenta, por lo que, dentro de lo que son las aptitudes de la investigación. Se requerirá de respuestas creativas y flexibles que completen una mirada trans - disciplinaria y multisectorial, en la que converja tanto las perspectivas económicas, sociales, psicológicas, culturales y medicas del abordaje teórico y práctico, como las provenientes de experiencias y lecciones aprendidas. (Camarrotti & Kornblit, 2015).

Se utilizó entrevistas cualitativas, a los principales actores dentro de los CETAD , es decir, al personal encargado de la administración de los centros de tratamientos, a profesionales que brindan atención especializada en poblaciones específicas que consumen drogas, así como autoridades, para construir el marco teórico apropiado para este estudio, ya que tal como indica el profesor de Metodología y Técnicas de Investigación Social de la Universidad de Bolonia, Piergiorgio Corbetta, el objetivo prioritario de la entrevista cualitativa es proporcionar un marco dentro del cual los entrevistados puedan expresar su propio modo de sentir, mediante el sus propias palabras, respondiendo a propósitos concretos del estudio para obtener información profunda, extensa y de carácter fundamental. (Corbetta, 2007, pág. 345)

Diseño de la Investigación.

Este trabajo de investigación es un estudio de análisis descriptivo, y considerando la naturaleza del objeto y de los objetivos propuestos, está apoyado en los conceptos del método cualitativo. Con los lineamientos de la aproximación cualitativa se buscó encontrar en los significados y percepciones asociadas a la significación que dan los actores relacionados con la aplicación de las políticas públicas en temas de drogas, abordando la temática en un ejercicio de investigación en los Centros Especializados en el tratamiento a personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas (CETAD) y sus relaciones entre los diferentes actores de la sociedad frente a las políticas públicas. La complejidad de estas relaciones da cuenta de una serie de problemáticas y temas que se hacen inmediatamente transversales y sobrepasan la especificidad de cada institución, desde su comprensión y explicación hasta el sentido de la intervención. En otras palabras, esta problemática también se caracteriza por su movilidad y permanente metamorfosis. Así, la intervención en los sujetos beneficiarios de los CETAD genera una serie de interrogantes, inconvenientes y urgencias que trascienden le esfera institucional del campo de la salud. Estas cuestiones muestran la necesidad de pensar la intervención en escenarios complejos, atravesados por múltiples lógicas y con la preminencia de una u otra desdeplanos muchas veces azarosos. (Carbanella, 2008)

Se plantea una investigación de tipo descriptiva – cualitativa, con un enfoque de salud

pública, análisis de las políticas públicas y la aplicación de la política en los CETAD dentro del Sistema de Salud Pública. Además, se tomará como base de referencia para la explicación y descripción de las políticas públicas, la información bibliográfica a partir de estudio de documentos en los que se plasmaron dichas normativas en materia de drogas desde la “Constitución de la República del Ecuador”, el “Código Orgánico Integral Penal”, 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”, el “Plan Nacional de prevención integral del fenómeno socio económico de las drogas 2017-2021”, y de los reglamentos que norman el funcionamiento de los CETAD desde el Ministerio de Salud Pública como ente rector de la política de salud en el Ecuador. Con respecto al presente estudio se debe considerar una interacción constante entre los elementos que forman parte del fenómeno y que se deben tener en cuenta a la hora de realizar cualquier análisis. Políticas públicas, COIP, uso de drogas, individuos y contexto.

Esta investigación sobre políticas públicas, analiza desde la perspectiva cualitativa, situando un especial énfasis en la investigación a través de entrevistas y del análisis teórico como metodología de análisis e investigación. En primer lugar, se efectúa una serie de entrevistas para proceder bajo los lineamientos de la investigación cualitativa, especificando las características que permitan ir descubriendo el motivo de la distribución de recursos. Subsiguientemente desplegamos las cuestiones más relevantes del análisis teórico, como metodología de investigación cualitativa en la que poder sustentar el estudio realizado.

Técnicas de recolección de información.

Los contextos y escenarios que se encuentran en constante movimiento dan forma a nuestras sociedades, esto ha sido muy notorio en nuestro país desde que se volvió al sistema democrático a finales de los setenta, la irrupción de los movimientos sociales, el cambio de paradigmas mundiales a finales de los ochenta, la consolidación del neoliberalismo, el retorno al modelo Keynesiano en el gobierno de Correa, las crisis mundiales en salud originadas por pandemias, etc., que marcan una serie de nuevas interrogantes hacia la intervención en lo social. Estos cambios pueden observarse a partir de diferentes esferas que abarcan desde lo socioeconómico hasta el sentido de la vida cotidiana en las diversas y heterogéneas tramas sociales actuales.

Para un estudio académico se requiere aplicar acertadamente la manera de recolectar información. Entre las técnicas de recolección de información que se utilizó en la presente investigación está la entrevista cualitativa, la misma que se puede definir como una conversación: a) provocada por el entrevistador; b) realizada a sujetos seleccionados a partir de un plan de investigación; c) en

un número considerable; d) que tiene una finalidad de tipo cognitivo; e) guiada por el entrevistador, y, f) con un esquema de preguntas flexible y no estandarizado. (Corbetta, 2007, pág. 360). Esta investigación de campo se enfocó en entrevistas cualitativas a personas involucradas y encargados de la ejecución de la política pública en lo que se refiere a tratamientos aplicados en los CETAD, entrevistas a los directores o encargados del funcionamiento de los CETAD, así como también a profesionales relacionados directamente con usuarios o personas que consumen drogas. Se priorizó el utilizar los contextos de la vida cotidiana como fuentes de información en el campo de trabajo.

Entrevistas

Es necesario distinguir entre la entrevista de investigación social en sus diferentes versiones y otro tipo de entrevistas, como pueden ser las entrevistas las que realizan profesionales de salud como enfermería en su labor asistencial. Aunque las diferencias son múltiples, cabe destacar su objetivo, es decir, el propósito de la entrevista de investigación social, “la entrevista de investigación pretende, a través de la recogida de un conjunto de saberes privados, la construcción del sentido social de la conducta individual o del grupo de referencia de ese individuo” La entrevista cualitativa puede entenderse como la serie de reiterados encuentros, cara a cara, entre el investigador y los informantes, encuentros estos dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras. (García & Blasco, 2008). El objetivo fue obtener una percepción en el tema de política pública de tratamiento a personas con problemática en el consumo de drogas y analizar la estrategia de la intervención de los centros de tratamientos.

“Cuando se realiza investigación social basada en las entrevistas, al margen de otros objetivos, se plantea la cuestión sobre cómo ocurrieron las cosas “en realidad”. Se buscan datos que no dependan de las subjetividades del investigador y del entrevistado, y en ocasiones se llega a sumir la existencia de verdades universales sobre la forma de actuación humana, se vuelve al modelo positivista”. (Brage, Socías, & Torelló, 2003)

Como parte complementaria de esta investigación se realizaron tres entrevistas semiestructuradas a tres actores relevantes, con conocimientos y vivencias laborales en Centros Especializados en tratamiento a personas con adicciones las mismas que se resumen. El objetivo principal fue obtener información respecto a la manera como se aplican las políticas públicas dentro de los CETAD. Las preguntas realizadas fueron: ¿Son efectivas las políticas públicas que se aplican en los CETAD? ¿Se aplican las políticas públicas en lo referente a infraestructura, modelos de intervención terapéutica, profesionales capacitados, atención a usuarios en los

CETAD? ¿Cuáles son los principales problemas para la aplicación correcta de la política pública en Centros Especializados en Tratamiento de Adicciones? ¿Qué acciones debería tomar el Estado para evitar la proliferación de CETAD clandestinos? ¿Cómo ajustar las políticas públicas para una mejor operación de los CETAD? ¿Es necesario realizar cambios en la política pública en el ámbito de drogas para una mejor aplicación de las mismas? Lo más relevante se adjunta. Finalmente adjunto una entrevista que muestra el testimonio de un consumidor de drogas.

“Se ha planteado la investigación cualitativa como un camino que abarca distintas fases y que no contiene un principio y un fin claramente definido, ya que estas fases se entremezclan continuamente. Igualmente se ha puesto de manifiesto que, bajo este tipo de metodologías, es común no tener desde el principio un concepto claro de lo que se estudia ni una hipótesis que validar, por el contrario, los conceptos y las hipótesis se van formulando a lo largo de la investigación”. (Hernández, 2014)

Procesamiento de información.

Al ser una investigación cualitativa y por el objeto de análisis el procesamiento de información se enfocó en comprender a la persona, interpretar el punto de vista del actor social sin olvidar que en la metodología cualitativa: “... El análisis cualitativo de los datos se centra en los sujetos y no en las variables. El criterio debe ser, por tanto, de tipo holístico, es decir, el individuo es observado y estudiado en su totalidad, con la convicción de que cada ser humano (igual que cada hecho social) es algo más que la suma de sus partes (en este caso, las variables). El objeto del análisis es comprender a las personas, más que analizar las relaciones entre variables. (Corbetta, 2007, pág. 367). Con la respectiva recolección de datos, análisis e interpretación de conocer cómo se define y aplica la política pública en los CETAD. El procesamiento de la información permite incorporar categorías y conceptos claves para el entendimiento cabal del accionar del Estado a través de las políticas públicas actuales, añadiendo significado a la información nueva a partir del establecimiento de relaciones con otros contenidos y con ello lograr una explicación acertada del contexto en que se desarrolla la aplicación de dichas políticas.

Luego de, recopilar, ordenar, procesar y analizar la información adquirida se encontró en este estudio que la realidad de las políticas públicas aplicadas en los Centros Especializados en el tratamiento a personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas (CETAD) existe contradicciones en cuanto a los objetivos de los ministerios públicos del Estado, puesto que, dentro del Sistema de Salud Pública en el Ecuador estas políticas aunque están enmarcadas

y relacionadas con las convenciones internacionales, se volvieron más prohibicionistas, enfocando los temas de drogas desde una perspectiva de orden público antes que de salud pública. (Edwards, 2010). Mientras que, en el discurso se enfatiza en tratar a las adicciones induciendo a la prohibición de criminalizar a los consumidores, pero siempre con una visión predominantemente médica - biológica. La observación empírica, el análisis de los ficheros de gestión de poblaciones (censos, datos educativos, datos económicos, etc.) y los documentos escritos no son suficientes para dar cuenta de esta complejidad.

De manera general la prevención integral del fenómeno de las drogas se focaliza exclusivamente en la población vulnerable, en el riesgo de consumo, y en el tratamiento de las personas que tienen problemas de consumo sea ocasional, habitual o problemático, es decir, no es preventiva. Las diferencias observadas en este trabajo realizado, son evidentes de un centro a otro. En el Ecuador existen diferencias muy marcadas en el funcionamiento de los CETAD, debido a la estricta normativa que emana de la Política de Drogas, que genera una nula o escasa presencia del Estado para regular las actividades de funcionamiento de los centros que al no contar con recursos y financiamiento necesarios se manifiesta en las deficiencias en cuanto a tratamientos a personas con consumo de adicciones y otras drogas.

Los CETAD realizan la función de construir un orden social proveniente del Estado en un esquema denominado “sociedad de control”, a través de un “modelo moralista normativo,” dedicándose principalmente a abordarlos, registrarlos en bases de datos y contenerlos en un sitio específico.

Los Centros de tratamiento “son unidades operativas especializadas en el tratamiento de personas con diagnóstico de trastornos mentales y del comportamiento por consumo de sustancias psicoactivas. Estas unidades se articulan con otro tipo de servicios del sector público de atención a la salud, tales como las unidades de atención primaria, los hospitales generales y especializados, y los servicios de la red de salud mental. Tanto en el ámbito público como en el privado, existen grupo de ayuda y otras formas de organización comunitaria. “Son establecimientos de salud que realizan actividades destinadas a la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, reducción de daños, inclusión e integración social a personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas.” (MSP, Registro Oficial N0. 832, 2016)

Es en el terreno del cambio de enfoque en el que tiene sentido el uso de herramientas que permitan escrutar y analizar las entrevistas realizadas en los siguientes CETAD: Carlos Díaz - Dirección Distrital MSP 17D04, el cual es una residencia para personas con consumo problemático de drogas. El CETAD Puma Maqui que tiene servicio de atención a mujeres, está direccionado acorde al Modelo de Atención Integral para Centros Especializados al Tratamiento de Personas con consumo problemático de drogas. Sus enfoques de intervención indican se basa en el involucramiento de la comunidad en un proceso de reinserción a la sociedad con terapias

ocupacionales. El Centro de Atención “La Dolorosa”, especializado en atención a adolescentes que tienen dificultad en el consumo de drogas, bajo la dirección y administración de los Religiosos Terciarios Capuchinos. Según datos de El Comercio, (2013), el Centro de Orientación Juvenil La Dolorosa, es una fundación que forma parte de la congregación de los Terciarios Capuchinos en el Ecuador. Su trabajo consiste en brindar ayuda a jóvenes que tienen problemas con la adicción, conflictos familiares, o maltrato familiar. Su propuesta metodológica está dirigida a la familia y a los adolescentes que se encuentran internados. Acotamos, sin embargo, que desde mayo 2020 el Gobierno decidió cerrar este centro de atención.

En el periodo temporal comprendido desde 2017 hasta 2021 el Estado Ecuatoriano cesó a instituciones técnicas que realizaban el trabajo para la ejecución de políticas públicas en materia de drogas por lo que la cobertura pasó a ser casi inexistente. Afectando principalmente a la población de escasos recursos económicos la cual no tiene un acceso oportuno en salud.

En tema de políticas públicas el Estado muestra debilidad al eliminar las Instituciones como la SETED (Secretaría Técnica de Drogas) y creando otras como la ACESS (Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud) que solamente cumple una función reguladora y controladora, los Centros de adicciones privados aumentaron en número, debilitando y eliminando garantías en atención en salud a personas usuarias de drogas. Esto ha generado a su vez un problema mayor al registrarse un incremento de centros clandestinos ilegales y peligrosos. La insensibilidad hacia las personas con problemas de adicción es frecuente debido a esta lógica de organizar las políticas.

Las políticas públicas referente a tratamiento de drogas deben ser evaluadas en cuanto a las normas regulatorias de los centros de tratamientos. El Estado debe considerar de manera objetivo el resultado de su política en materia de drogas, evaluar la efectividad de su intervención en beneficio de los ciudadanos. Los usuarios de drogas que están enfermos deben tener el mismo derecho a la salud que cualquier otra persona. Desde el “debería ser” la responsabilidad del Estado tiene su razón de ser en tanto en cuanto exista la promoción de la salud de los ciudadanos, así como en la seguridad, garantizando el bienestar de las personas a través de sus instituciones políticas.

No se pudo evidenciar en las entrevistas o en el estudio de la biografía una posible vinculación de los CETAD con programas preventivos, por el contrario, no existe una campaña que evidencie tal relación. No incorpora el contexto de los beneficiarios en el que se dan las prácticas. No se encontró en los CETAD estudiados un lineamiento de un modelo integral comunitario, que comprenda las dimensiones de integralidad, vulnerabilidad y cuidados en sentido amplio, para el abordaje del consumo problemático de drogas. El resultado palpable es

que se desconoce el nivel de incidencia en los beneficiarios de factores externos y de los ámbitos de entorno social circundante como la familia, el barrio, el hábitat en que se desarrolla su vida o el grupo de iguales al cual se pertenece. De existir este material, dentro de la organización del CETAD mencionado no ha sido promovido ni difundido con el peso que debería ser tratado.

En este trabajo hemos usado como diseño de investigación para analizar las políticas públicas, la perspectiva cualitativa, tomando el análisis teórico como metodología de análisis y la entrevista como técnica de recogida de información y de material empírico.

CAPITULO I

Problemática de las drogas y política pública.

Referentes teóricos.

Las políticas públicas en lo referente a tema de drogas ha sido una política global que se fue imponiendo gradualmente en todo el planeta a lo largo del siglo XX, en paralelo al surgimiento de la comunidad internacional y sus instituciones. “Las diferentes sustancias psicoactivas constituían un bien de consumo más y eran mercancías con un alto valor económico. Sin duda el uso de alguna de ellas había sido perseguido en algún momento histórico en algún territorio determinado, pero no existía una persecución global, pero si la persecución penal de los usuarios de drogas, y de los que comercian con ellas.” (Miro, 2014, pág. 154).

Durante la historia de la humanidad, las drogas formaban parte de la cultura de muchos grupos humanos, como los alucinógenos en Centroamérica, la hoja de coca en la región andina, el opio en la India, el cannabis en la China o el alcohol en las culturas heleno cristianas. Con el cambio de siglo se produjeron importantes transformaciones sociales que motivaron un interés de las élites de las sociedades centrales en prohibir el uso de sustancias milenarias como el opio, la hoja de coca y el cannabis, así como sustancias más potentes derivadas de aquellas, como la morfina, la heroína y la cocaína. (Escohotado, 2004, págs. 10-11)

Para analizar las políticas públicas desde la rehabilitación o tratamiento a personas consumidoras de drogas es importante entender lo que es droga, definir un marco conceptual y legal que sustentan las políticas públicas aplicadas, desde un enfoque de salud pública en materia de drogas que tome en consideración una orientación transformadora para internar solucionar problemas relacionado al consumo de las drogas. Este enfoque, busca promover la salud y el bienestar de las personas y comunidades, con medidas propuestas que toman en cuenta los riesgos y ventajas de la aplicación de técnicas que promueven la salud y bienestar de la persona.

Cuando se habla de droga se lo asocia con un sinnúmero de problemas sin distinguir la autonomía que posee cada uno de ellos. La utilización política de la palabra droga se la trata como un fenómeno polisémico, cada vez es menos posible identificar solamente por droga a cualquier sustancia o preparado cuyos efectos sean estimulantes o alucinógenos como café, tabaco, cerveza o marihuana, la relación artificial con la ilegalidad relegada al espacio de lo prohibido su capacidad de análisis, imputando a una droga cualquier actividad bajo un mismo sentido. Así, cuando se habla de droga también se relaciona al narcotráfico, la violencia, el

terrorismo, los estados fallidos, la corrupción, el tráfico de influencias, el lavado de activos, la insalubridad, la inseguridad ciudadana o la degradación de la humanidad. (Paladines, En busca de la prevención perdida, 2016, pág. 16)

El fenómeno de las drogas es un fenómeno complejo y por lo tanto su estudio debe abordarse desde la multidisciplinariedad o aquella interacción coordinada de diferentes áreas del conocimiento dejando atrás una percepción intuitiva que solamente se refiere al consumo. Situación que debe ser analizada a partir de la interacción de tres factores básicos: el contexto que vive el sujeto, incluyendo su entorno más cercano; la naturaleza de la persona con especial atención a situaciones sociodemográficas, factores o predisposiciones personales, motivaciones de consumo; y las sustancia o sustancias consumidas, cantidad y frecuencia de consumo. (Riod, 2019, pág. 11).

Un elemento clave, es la importancia que se da desde ópticas individuales al ritual en la vida social en general y de manera particular al consumo de drogas. La ritualización se dice “un acontecimiento que implica una secuencia de actos psicomotores que tengan, para la persona que realiza la secuencia, un significado especial” (Agar, 1977). Los rituales, tanto los formales (ceremonia religiosa o civil), como los informales (por ej., el saludo), modelan y organizan experiencias, comportamientos e interacciones de los seres humanos tanto a nivel individual como social, cumpliendo varios significados y funciones que dependen de las creencias de los participantes y de la situación (Riod, 2019, pág. 12)

La cuestión se vuelve más compleja si consideramos que al tratarse de un fenómeno social es fundamental vislumbrar fenomenologías inherentes desde múltiples planos de opinión, comprensión y tratamiento, por lo tanto, no se puede dar una definición única, pues la palabra droga tiene múltiples significados que se pueden contraponer dentro de los discursos sociales. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a las drogas:

“[...] En medicina se refiere a toda sustancia con potencial para prevenir una enfermedad o aumentar la salud física o mental y en farmacología como toda sustancia química que modifica los procesos fisiológicos y bioquímicos de los tejidos o los organismos. [...] En el lenguaje coloquial, el término suele referirse concretamente a las sustancias psicoactivas y, a menudo, de forma aún más concreta, a las drogas ilegales. Las teorías profesionales (p. ej. “alcohol y otras drogas”) intentan normalmente demostrar que la cafeína, el tabaco, el alcohol y otras sustancias utilizadas a menudo con fines no médicos son también drogas en el sentido de que se toman. El menos en parte, por sus efectos psicoactivos.” (OMS, 2008)

Por tanto, el término droga se aplica a aquellas sustancias psicoactivas con acción reforzadora positiva, capaces de generar dependencia psicológica y física que ocasiona, en muchos casos, un grave deterioro psicoorgánico y de conducta social.

Al hablar de drogas también se habla de drogodependencia, tema complejo, en el cual

convergen dimensiones médicas, socio culturales, antropológicas, ideológicas, que resulta difícil separar sus implicaciones entre ellas. En sus inicios se definió a la drogodependencia como un estado de intoxicación periódica o crónica producida por el consumo repetido de una droga natural o sintética caracterizada por:

- Deseo dominante para continuar tomando la droga y obtenerla por cualquier medio;
- Tendencia a incrementar la dosis;
- Dependencia física y generalmente psicológica, con síndrome de abstinencia por retirada de la droga;
- Efectos nocivos para el individuo y la sociedad.

Luego se cataloga a la drogodependencia como una enfermedad maligna, progresiva y transmisible (OMS). Sin embargo, considerar la drogodependencia y adicciones como enfermedad limitaría a las personas a recuperarse, manteniendo el estigma de enfermo mental. De ahí lo importante de observar a la drogodependencia desde la persona en su entorno socio cultural, que vive en una realidad con motivaciones y capacidades que puede necesitar ayuda profesional por estar implicada en procesos de drogodependencia dentro de una sociedad.

Según las estimaciones del Informe Mundial sobre las Drogas (UNODC, 2018, pág. 1) el número total de personas que consumen drogas ilícitas supera los 250 millones –equivalente a alrededor del 4% de la población mundial de 15 a 64 años de edad. De esas personas, 38 millones son drogodependientes, pero tan solo unos 4,9 millones reciben tratamiento y atención científicamente comprobados.

Se considera que la drogodependencia es un trastorno multifactorial que suele manifestarse como una enfermedad crónica recurrente seguida de fases de recuperación, en muchas sociedades aún no se reconoce que la drogodependencia es un problema de salud, y un importante porcentaje de personas afectadas son estigmatizadas y carecen de acceso a servicios de tratamiento y atención. Esta circunstancia tiene implicaciones duraderas en diversos ámbitos, como en la salud, en la justicia, la educación, pero también en los ámbitos académicos, en los cuales el acento se centra en determinadas sustancias y determinados grupos sociales en detrimento de otros. Esta situación incide sobre todo en la implementación de las políticas sobre drogas, que suelen reducirse, en la mayoría de los casos, a la represión y al castigo. (Slapak, S y Grigoraviccus, M, 2007, pág. 248)

La Organización Mundial de la Salud en su sistema de clasificación de enfermedades (CIE 10-1992); así como la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), en su manual de criterios diagnósticos para las enfermedades mentales (DSM-IV2000) califican el hábito de fumar como una auténtica dependencia de la nicotina. Sin embargo, el consumo de cafeína sigue siendo controvertido, y mientras

en el (DSM-IV) han resuelto considerarla no productora de dependencia, en la CIE 10 se sostiene lo contrario.

Comparación Criterios Diagnósticos DEPENDENCIA

CIE 10	DSM IV
<p>Consumo Perjudicial</p> <ul style="list-style-type: none"> - Afectación en la salud física y mental. - Existencia de consecuencias sociales adversas, reprobación de terceros. <p>Dependencia</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vivencia de compulsión (deseo irresistible) - Prioridad a consumo de droga. - Disminución en la capacidad de control. - Abandono de otros intereses o actividades. - Persistencia en el consumo a pesar de conocer perjuicios. 	<p>Abuso</p> <ul style="list-style-type: none"> - Uso continuado/recurrente (patrón des adaptativo de consumo). <p>Dependencia</p> <ul style="list-style-type: none"> - Uso reiterado en situaciones físicamente peligrosas. - Incumplimiento de obligaciones básicas (escuela, trabajo, familia. - Ingesta en cantidad o tiempo superior al pretendido. - Deseo de abandono o control de consumo sin éxito. - Inversión considerable de tiempo en la droga - Reducción de actividades sociales, laborales o recreativas. - Uso continuado desestimación de problemas sociales derivados ((médico, legal, familiar, interpersonal,)

Fuente: Creación propia.

La dependencia de sustancias psicoactivas se establece de manera secuencial de acuerdo a las características de comportamiento que presenta la persona que consume drogas desde el momento que mantiene contacto con alguna sustancia. Se pueden diferenciar algunas etapas: Consumidor experimental: el sujeto prueba una droga para experimentar sus efectos y continuar con su uso. Consumidor ocasional/social/recreacional: el sujeto luego de experimentar con cierta sustancia y conociendo sus efectos y consecuencias, continúa consumiéndola ocasionalmente. Consumidor habitual; En esta etapa el sujeto busca activamente la droga que ha escogido y trata de mantener su abastecimiento, asegurándose de tener acceso continuo y fácil a ella. Consumidor dependiente: El sujeto necesita de la droga y todas sus actividades giran en torno a la sustancia a pesar de conocer las consecuencias de su uso continuo la persona centra su atención en la búsqueda de la droga muchas veces por medios ilícitos. Esta es la última etapa de la psicopatización del usuario de drogas, en el que se extingue el repertorio social de conductas y se encuentra debilitado el mecanismo de autocontrol de la persona. (DEVIDA, 2015, págs. 60-61)

Los criterios diagnósticos mencionados en el CIE 10 para diferenciar los usos de drogas, señalan:

- 1) Uso no aprobado: cuando el consumo está legalmente sancionado. Por ejemplo, son los casos de consumos cuando se está trabajando con maquinaria de precisión, se conduce un vehículo, se portan armas, se participa en una competición deportiva (doping), etcétera.
- 2) Uso peligroso: indica el consumo de una sustancia cuando se está en situación de riesgo orgánico

(consumo de alcohol por un enfermo hepático) o el momento es inoportuno (consumo de alcohol antes de conducir un vehículo). Puede estar o no sancionado legalmente. Este concepto es similar a la idea de conducta de riesgo.

- 3) **Uso dañino:** se refiere al consumo de sustancias por personas en situaciones vitales que conllevan una disminución importante o total de la tolerancia a las mismas; por ejemplo, en ancianos, niños, mujeres embarazadas (para el feto), mujeres en período de lactancia (para el lactante), etcétera.
- 4) **Uso que provoca una disfunción:** describe un “patrón des adaptativo de consumo”, ya sea por la prioridad que toma la administración de la sustancia y/o por los excesos cuantitativos puntuales que se realizan, todo lo cual significa una alteración del funcionamiento personal: psicológico y social. Esta acepción de abuso es equiparable con el de trastorno por abuso de sustancias psicoactivas de la DSM-IV-TR. (OMS, CIE 10:, 1992, pág. 102)

Actualmente en la clínica se utilizan los criterios diagnósticos del DSM-5 (Manual Diagnostico y estadístico de los trastornos Mentales) la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) que reconoce al consumo de drogas como trastorno de consumo de sustancia expuesto en la siguiente tabla.

Criterios diagnósticos del DSM-5 para el trastorno por consumo de sustancias.

Control deficitario	<ul style="list-style-type: none"> - Consumo de grandes cantidades de sustancia o lo hace durante un tiempo más prolongado de lo previsto. - Deseos insistentes de dejar o regular su consumo y relata esfuerzos fallidos por disminuir o abandonar este. - Inversión de gran parte del tiempo intentando conseguir la droga, consumiéndola o recuperándose. - Deseo intenso de consumo.
Deterioro social	<ul style="list-style-type: none"> - El consumo recurrente puede llevar al incumplimiento de deberes en los ámbitos académicos, laborales o domésticos. - Puede seguir consumiendo a pesar de los problemas recurrentes o persistentes en la esfera social o interpersonal causados o exacerbados por los efectos del consumo. - Se reducen o abandonan importantes actividades sociales, ocupacionales o recreativas debido al consumo de sustancias,
Consumo de riesgo	<ul style="list-style-type: none"> - Puede producirse un consumo recurrente de la sustancia incluso en ocasiones en las que provoca un riesgo físico. - La persona consume de forma continuada a pesar de saber que padece un problema físico o psíquico recurrente o persistente que probablemente se puede originar o exacerbar por dicho consumo
Criterio farmacológico	<ul style="list-style-type: none"> - Tolerancia - Abstinencia

La importancia de la utilización de estos criterios diagnósticos es que desaparece las categorías de abuso y dependencia, Rehusa utilizar el término adicción reservándose el termino de trastornos por consumo de sustancias.

“El uso de drogas es relativamente común y aproximadamente 250 millones de personas ha usado drogas actualmente en 2016, mientras que alrededor del 11,6% de ellas se considera que padecen un consumo problemático de drogas o adicción El patrón de uso es más común de sustancias psicoactivas es episódico y no problemático.” (Comisión Global de Políticas de Drogas, 2017, pág. 7). Se debe tomar en cuenta la reacción orgánica que pueda presentar una persona ante el consumo de ciertas drogas, depende en gran medida de la cantidad, accesibilidad, frecuencia y técnica con que se administran, la personalidad y estado de ánimo, puede potenciar un comportamiento violento o a su vez generar una psicosis paranoica en personas de cualquier edad de la persona.

Sin embargo, el consumo de drogas, aunque no sea problemático si es recurrente puede causar daños reales a la salud con consecuencias negativas para la persona que las consume lo que puede incluir la dependencia y con ellas problemas sociales, familiares y psicológicos, pues que el consumo, aunque no sea problemático puede llegar a una dependencia y estas personas se constituyen población de alto riesgo.

Considero que en cuanto a identificar o categorizar con una denominación biologisista lo importante es diferenciar los patrones de consumo que pueden tener las personas que desean hacerlo ya sea por curiosidad, experimentación, de uso nocivo que le puede llevar a la dependencia; sin olvidar que la mayor parte de las personas no usa drogas. El paso del uso al consumo de una droga puede relacionarse con factores de riesgo que son independientes a cada individuo y al ambiente que vive, Esta relación entre la persona y uso de cualquier sustancia derivara a consecuencias de uso, presentando posibles combinaciones y resultados:

- El uso experimental. Una droga se consume para probar sus efectos y después de pocos eventos de uso, se abandona.
- El uso regular o social. Se continúa usando la sustancia después de haber experimentado y se integra el consumo al estilo de vida habitual.
- El uso nocivo, definido por la OMS como un patrón de uso que causa daño, ya sea mental o físico.
- Abuso y dependencia. En el Manual Diagnóstico y Estadístico de Desórdenes Mentales, de la Asociación Americana de Psiquiatría, se clasifican estas dos categorías como

enfermedades asociadas con el consumo de sustancias psicoactivas como se explicó anteriormente,

Dependerá del tipo de uso que una persona le de a la sustancia para satisfacer las necesidades de intervención en caso de ser necesario. Además, no se puede negar que el uso de drogas sea eventual, cualquiera sea su función ya sea curiosidad, diversión o aún el uso terapéutico, es un riesgo real para llegar a un uso frecuente o habitual de consumo de drogas.

En el siguiente gráfico se puede observar la gravedad del trastorno producido en la persona por el uso de drogas es crucial para definir el tipo de acción a implementar. En el ámbito de la prevención, se describe la intervención “universal” para retrasar o evitar el inicio del uso en aquellas personas que aún no han consumido drogas; la intervención “selectiva”, cuando hay exposición a factores de riesgo (características individuales o del contexto) que incrementan la probabilidad de consumo, o la intervención “indicada”, cuando ya se ha iniciado el consumo, pero aún no hay patrones patológicos (abuso, dependencia). Otras intervenciones pueden orientarse a corregir los desequilibrios asociados con el consumo, como la desintoxicación y el manejo de los síntomas de abstinencia, el tratamiento para la dependencia, la prevención de recaídas en el proceso de recuperación y la reintegración social.



Fuente: OEA Drogas y Salud Pública

No todos los usos de drogas degeneran precisamente en adicciones, pues depende en gran medida de la cantidad, accesibilidad, frecuencia y técnica con que se administran, la personalidad

y estado de ánimo, puede potenciar un comportamiento violento o a su vez generar una psicosis paranoica en personas de cualquier edad (Puentes, 2005)

Al conocer los principales conceptos relacionados con el consumo de drogas es importante señalar que no se debe olvidar la relación que existe entre el individuo que consume, la sustancia y el medio ambiente; es decir tan importante es el individuo que consume la sustancia, como el medio ambiente donde el individuo consume o donde se facilita su consumo. Esto explicaría que el consumo de drogas no es algo simple y que constituye un fenómeno multicausal que debe ser abordado de la misma manera. De ahí que los servidores de salud que trabajan con personas consumidoras de sustancias no deben olvidar que el trabajo ha de ser dirigido hacia el sujeto y no a la droga, Además, no se debe olvidar que si las condiciones socio económicas no son las más favorables para los sujetos el problema de consumo de drogas no es un asunto solo de salud, sino que es un problema social y político a tomar en cuenta.

Las Políticas Públicas en tema de drogas

Por políticas sobre drogas se entiende las labores que emprende un gobierno para reducir o prevenir el consumo de drogas y sus efectos perniciosos para las personas y la sociedad. Las políticas en materia de drogas, como parte de las actuaciones de los gobiernos, tienen ya más de 100 años. En Latinoamérica existe dificultad para definir un objeto de estudio de las políticas públicas, se utiliza el término de manera muy amplia.

El término se lo utiliza para hablar de un campo de acción o como una política social, propósito político, un programa de acción o una decisión de gobierno. (Thoeing y Meny. 1992) En esta variedad de términos, una definición más utilizada a la política pública como el resultado de la actividad de una autoridad investida de poder público y de autoridad gubernamental. (Fernandez A. , 2005, pág. 464)

Las Políticas Públicas se constituyen el resultado de las acciones del Estado en la sociedad, los beneficios que produce y a quién beneficia, estas son construidas durante toda su trayectoria. La política pública es generada de un hecho político y son los burócratas que se ocupan de la elaboración de los procedimientos administrativos, y con la intervención del Estado se convierte en una realidad social.

En la realidad ecuatoriana, 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, aplicable a la relación de las personas con el fenómeno socio económico de las drogas, declara de interés nacional, esta ley, como política pública para enfrentar el problema de las drogas. Dentro de sus principios para su aplicación están la corresponsabilidad de las instituciones del Estado, la sociedad civil y la participación ciudadana. (SETED, 2016)

De lo anotado anteriormente se puede observar que la legislación del Estado Ecuatoriano, amparada en las normas jurídicas, tiene un interés en potenciar “acciones encaminadas a promover la cultura de paz, seguridad ciudadana, y prevención, las cuales deben basarse, fundamentalmente, en la implementación de Políticas Públicas en materias de educación y salud,[...] precautelando los derechos humanos, las libertades fundamentales, mediante la participación social y la responsabilidad pública y privada, en procura del desarrollo humano, dentro del marco del Buen Vivir o Sumak Kawsay” (SETED, 2016, pág. 12)

Una de las definiciones de política pública más difundidas es la que propone Dye (Fernandez A. , 2005) quien afirma que una política pública es “todo lo que los gobiernos deciden hacer o no hacer”. Más articulada es la definición que contiene un manual aparecido en varias lenguas que afirma que una política pública es “un conjunto de acciones y decisiones llevadas a cabo por diversos actores con la finalidad de resolver un problema definido políticamente como público” (Subirats, 2015)

De manera general una política pública se definiría como:

Una serie de decisiones o de acciones, intencionalmente coherentes, tomadas por diferentes actores, públicos y a veces no públicos – cuyos recursos, nexos institucionales e intereses varían – a fin de resolver de manera puntual un problema políticamente definido como colectivo. Este conjunto de decisiones y acciones da lugar a actos formales, con un grado de obligatoriedad variable, tendentes a modificar a conducta de grupos sociales que , se supone, originaron el problema colectivo a resolver (grupos-objetivo), en el interés de grupos sociales que padecen en los efectos negativos del problema en cuestión (beneficiarios finales) (Subirats. J, Knoepfel. P, Varonne. F., 2008, pág. 36)

En esta perspectiva, las Políticas Públicas tienden a ser gestadas en el sentido de establecer un vínculo entre la sociedad civil y el Estado mediante las acciones de intervención en la realidad social. Esto significa que la interferencia del Estado en la realidad social se da a manera de satisfacer carencias de la sociedad, satisfaciendo interés de diversos grupos sociales en un contexto de la dinámica de la relación política que compone el Estado, como hechos políticos. En otras palabras, las Políticas Públicas en general, son generadas a partir de un hecho político.

Las Políticas Públicas se presentan como un nuevo enfoque en el estudio de la Administración pública y de las actividades de los gobiernos, al que se ha llamado de forma

genérica estudio de las Políticas Públicas. (Fernandez A. , 2005, pág. 460). Para justificar la elaboración de una política pública se apela al presupuesto de la universalización de sus beneficios, lo que en la realidad no acontece. Generalmente, la acción resultante de una política pública beneficia un segmento social en detrimento de otro. Así, la diferencia entre el discurso en relación al resultado y la real meta de una política pública se da en virtud de la busca de la “legitimidad” social alrededor de su elaboración y ejecución.

Para Badie (1992) una consecuencia del débil anclaje de las instituciones estatales en la sociedad es la reducción de los costos de la manipulación de estos. Por poca influencia real que ejercen estas instituciones en las sociedades en desarrollo resultan más fácil los cambios institucionales. La bulimia legisladora y la proliferación de instituciones: este activismo administrativo que gran parte ilusorio y simbólico. La incapacidad del Estado tanto para implementarse realmente como para ejecutar eficazmente sus políticas contribuye todavía más a su ilegitimidad y a situarse como exterior – o mejor como intruso – a la sociedad que pretende regular. (Roth, 2002)

El Estado como otros actores sociales con los recursos que tiene a su disposición busca incidir o modificar en cierto sentido la regulación operante en un espacio social preciso. En el marco de un Estado de derecho, es la adopción de una reglamentación jurídica que legitima la implementación de su estrategia. La definición de la estrategia estatal legítima es el resultado de la movilización de ciertos actores, públicos y privados, con intereses contradictorios. Por lo tanto, las Políticas Públicas son el resultado de estas movilizaciones; por eso el análisis de las Políticas Públicas se constituye en una puerta de entrada para la comprensión del Estado y de sus relaciones con la sociedad. (Roth, 2002)

Muller y Surel mencionado en (Roth, 2002) sugiere que la Política Pública no existe naturalmente en la realidad, sino que se trata a la vez de una construcción social y de una construcción de un objeto de investigación, permite la reconstrucción del ciclo, además de ser el elemento que alimenta de manera efectiva la aplicación técnica y permite hacer una revisión completa de las mismas, no solo entendidas como una aplicación concreta de orden técnico, sino un método de investigación de toda la estructura estatal.

Roth (2002) propone una serie de etapas, distinguiendo cinco fases en el desarrollo de una Política Pública, la cual es presentada como una sucesión de secuencias de una representación clásica y racional de la política en distintos escenarios y con distintos actores. 1.- Identificación del problema, determinan que el problema sea considerado de interés para los actores políticos y sociales convirtiéndose en un asunto político. 2.- Formulación de soluciones, en donde la administración trata de elucidar el problema y propone una o varias soluciones al mismo. Bajo

criterios de viabilidad técnica se establecen las posibles soluciones tomando en cuenta que se trabaja con recursos limitados. Uno de los aspectos primordiales de la política pública es considerar la limitación de recursos, por ello no solo se debe moderar las expectativas, sino optimizar recursos. 3.- Toma de decisiones. - básicamente, las autoridades gubernamentales para tomar decisiones examinan las soluciones existentes y deciden una respuesta. 4.- Implementación. - se aplica la implementación práctica de la decisión, es la administración que se encarga de implementar la solución que se escogió, es decir se da un hecho concreto al problema. En esta fase las Políticas Públicas son ejecutadas son puestas en práctica. 5.- Evaluación. - la respuesta dada al problema es evaluada por los actores sociales y políticos. Pueden reiniciar todo el ciclo con el fin de reajustar la respuesta o suprimir la política. La evaluación, permite la reconstrucción del ciclo, además de ser el elemento que alimenta de manera efectiva la aplicación técnica y permite hacer una revisión completa de las Políticas Públicas no solo entendidas como una aplicación concreta de orden técnico, sino un método de investigación de toda la estructura estatal y los elementos deónticos detrás de éste. (Roth, 2002, págs. 47-51)

El proceso de una política pública puede iniciarse en cualquiera de las fases. Además, cada fase encerrada en un sistema de retroacción que afecta las otras fases. La ventaja de este modelo es que rompe con la visión jurídica tradicional, que es sustituida por un enfoque más sociológico y politológico. La decisión aparece como la ratificación de un proceso social y político anterior en la cual intervienen varios actores. Igualmente, el impacto de la decisión está revaluado a través del análisis de la implementación. No es raro que la decisión que realmente afecta la vida de los ciudadanos se encuentra por debajo de la decisión formal. (Roth, 2002)

Toda Política Pública en tema de drogas engloba elementos de discusión que conlleva visiones sociales éticas y morales, construidas muchas veces sobre supuestos y juicios de valor preexistentes empíricos, por parte de la sociedad civil y que por definición no ahondan en un criterio de responsabilidad de información y formación sobre los instrumentos a utilizarse en dichas políticas. Existe una multiplicidad de elementos involucrados (seguridad, salud, educación, judicial, políticos), que solo un estudio interdisciplinario permite adquirir elementos para comprender el funcionamiento de la institucionalidad en Ecuador y las contradicciones presentes en su dinámica.

Los gobiernos de todo el mundo han elaborado distintas leyes y programas destinados a controlar el consumo que hacen las personas de las sustancias psicoactivas y los efectos para el individuo y la comunidad. Ese conjunto de leyes y programas constituye las políticas en materia de estupefacientes que posee una nación. Normalmente, la legislación prohíbe o regula la

tenencia, el consumo, la distribución y la producción de dichas sustancias y establece sanciones para quienes vulneren las prohibiciones.

Las políticas sobre drogas también pueden contar con subvenciones públicas para la investigación científica, evaluaciones de los programas e iniciativas de vigilancia. Estas actividades han crecido sustancialmente en los últimos 25 años en respuesta a los problemas relacionados con la droga en muchos países industrializados y puede considerarse parte de una solución duradera a un problema social que viven muchos países desde hace más de un siglo. (MSP, 2016) Ese conjunto de leyes y programas constituye las políticas en materia de estupefacientes que posee una nación. Normalmente, la legislación prohíbe o regula la tenencia, el consumo, la distribución y la producción de dichas sustancias y establece sanciones para quienes vulneren las prohibiciones. Los programas incluyen campañas para: convencer a los menores de que no prueben las drogas; ayudar a los grandes consumidores a que cesen o hagan un consumo más responsable; y desincentivar la producción y distribución por parte de los productores.

Asimismo, se procura controlar la prescripción médica de ciertos fármacos, previendo sanciones para quienes incumplan los reglamentos. Aunque las actuaciones gubernamentales representan el grueso de las políticas sobre estupefacientes, la labor de grupos y organizaciones de ciudadanos independientes también forma parte del conjunto de políticas. Las asociaciones civiles, las ONG y las iglesias realizan trabajo social para educar a los jóvenes y movilizar recursos contra la propagación del consumo de drogas. Las Políticas Públicas deben trabajar de manera integral la problemática del consumo de drogas debe tener como término la articulación de sus acciones con otros actores individuales y sociales: sector salud, educativo, desarrollo social y económico, laboral, seguridad y justicia. El deber ser de esta cuestión tendría dos líneas sobre las cuales se movería : a) “hacia el interior, atrayendo a todos los actores, instituciones y redes que trabajen directamente en torno a esta problemática y b) hacia el exterior, haciendo presente la temática de los consumos de drogas en el resto de las políticas sectoriales y participando en las instancias de articulación”. (Camarotti & Kornblit, 2015)

Perspectiva Internacional.

Las políticas en materia de drogas están relacionadas con las convenciones internacionales sobre estupefacientes, tratados firmados por Estados Miembros de las Naciones Unidas. Los tres tratados internacionales para el control de la droga son la Convención Única sobre Estupefacientes (suscrita en 1961), el Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas (suscrito en 1971) y la Convención contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas

(suscrita en 1988). Sin embargo, en la medida en que los tratados internacionales emanados tanto de las Naciones Unidas como de la Organización de Estados Americanos (OEA) se volvieron más prohibicionistas –enfocando los temas de drogas desde una perspectiva de orden público antes que de salud pública. (Edwards, 2010).

La prohibición, tal y como la conocemos hoy, fue una apuesta de los Estados Unidos que presionó a la comunidad internacional para celebrar conferencias y adoptar acuerdos que vincularan a todos los Estados.

De acuerdo con estos tratados, sus disposiciones deben ser trasladadas a la normativa interna de los Estados y aplicarse de forma efectiva, sin perjuicio del derecho a adoptar cláusulas de salvaguarda respecto de materias concretas. Así, para que este conjunto de prescripciones, la ONU ha creado diversas agencias que monitorean el cumplimiento de lo dispuesto en los tratados. Las más importantes son la Comisión de Estupefacientes, dependiente del Consejo Económico y Social de la ONU, donde se debaten y deciden las políticas a adoptar, y donde algunas ONG tienen derecho a ser oídas; la Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD, en inglés ONUDC), que desarrolla mediante programas específicos las decisiones adoptadas, asesora a los Gobiernos y produce anualmente un informe, el llamado Informe Mundial sobre Drogas (en inglés, World Drug Report); y finalmente la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE, en inglés INCB) la cual, como su nombre indica, es el gendarme global de la prohibición, teniendo como cometido evaluar las políticas de cada estado en orden al cumplimiento de los tratados, y elaborar informes sobre las posibles desviaciones (Miro, 2014, págs. 153-154)

Uno de los objetivos de estos convenios ha sido tipificar las medidas internacionales de fiscalización para asegurar la disponibilidad de narcóticos y psicotrópicos destinados a usos médico científicos y prevenir su sustracción hacia canales ilegales. También contemplan disposiciones generales sobre el tráfico ilícito y el abuso de drogas.

La clasificación de las sustancias según las convenciones internacionales refleja las circunstancias históricas, los factores culturales y, hasta cierto punto, los datos científico-estadísticos. Por lo tanto, los tratados internacionales y las leyes nacionales no siempre concuerdan con la opinión de los expertos o con las pruebas científicas en lo que concierne a la peligrosidad o los efectos nocivos de una sustancia determinada. Por ejemplo: muchos expertos sostienen que el tabaco, a pesar de ser legal, es más dañino que la marihuana.

La Política Pública en la Salud.

Un enfoque en salud pública en materia de drogas debe orientarse a promover la salud y

el bienestar en las personas y sus comunidades ((Riod, 2019, pág. 4), situando al fenómeno de las drogas reconociendo su complejidad, las drogas deben ser vistas desde la interacción de las personas que las usan y los contextos en los que lo hacen, tomado en consideración factores de mayor o menor riesgo que pueden dar lugar de un uso a problemas de dependencia.

A lo largo de todo el siglo XX se han puesto en marcha políticas sobre drogas para mitigar los efectos de las sustancias psicoactivas sobre la salud y la seguridad de la población. El empleo de estas políticas es un reflejo de cómo gestionan los gobiernos y las sociedades las sustancias psicoactivas capaces de inducir placer o de servir en medicina pero que también pueden resultar dañinas y adictivas.

La mayoría de los Estados y organismos internacionales mantienen sus políticas prohibicionistas amparados en el voluntarismo de proteger a la humanidad del azote de las drogas, sin tener en cuenta que, por muy poderoso que sea el objetivo, un mundo libre de drogas; y el pretexto, la salud de las personas, las políticas no deben ser evaluadas por sus intenciones, sino por sus efectos (Miro, 2014)

Para la Organización Mundial de la Salud se entiende por políticas de drogas todas las labores que emprende un gobierno para reducir o prevenir el consumo de drogas y sus efectos perniciosos para las personas y la sociedad. El conjunto de leyes y programas que elaboran los estados, norman con sus legislaciones la prohibición o regulación de la tenencia, consumo, distribución y producción de sustancias y establece sanciones para quienes vulneren las prohibiciones. (OMS, 2008)

Los criterios técnicos y políticas públicas deben ser construidas con el objetivo de dar soluciones reales a la necesidad de proteger la salud de los habitantes sin lesionar los derechos de las personas usuarias o consumidoras. Brindar una atención con un abordaje integral centrado en la persona sin olvidar aspectos socioculturales. Psicológicos y biológicos.

En salud pública se enfoca la intervención preventiva y específicamente la prevención del consumo de drogas. La prevención entendida como “la identificación previsor y acción anticipada para evitar la aparición y difusión, minimizar los efectos, de un hecho social no deseable, sea cultural, sanitario o criminal” (De Rementeria , 2001, pág. 10). La prevención como establecer las condiciones y medidas adecuadas para impedir que un hecho no deseado pueda ocurrir y evitar sus consecuencias. El enfoque de la Prevención Integral busca disminuir factores de riesgo y aumentar los factores de protección.

La prevención del consumo de drogas.

Desde su origen los planes de prevención del uso indebido de drogas se han realizado en torno a los convenios internacionales y a la política internacional norteamericana, sin observar

la realidad ecuatoriana, privilegiando el esfuerzo del Estado en la prevención de consumo de drogas ilegales, siendo de menor importancia e uso indiscriminado de psicofármacos. (Andrade, 1990). Para cualquier política de prevención lo determinante no es el producto (la sustancia), sino la relación entre ese producto y el modo de vida en que se inscriben las drogas, ya que estas no existen como algo independiente de las variadas y diferenciadas formas de su uso. Por ello, es necesario hablar de diferentes modos de consumo, lo que comprende: frecuencias y cantidades, tipo de compromiso frente al consumo de drogas, significados que los grupos les otorgan a las drogas, rituales y sanciones organizados alrededor del consumo de las sustancias. (Camarotti & Kornblit, 2015).

La prevención en drogas tiene dos maneras de intervención: la prevención de la oferta mediante medidas legales administrativas y penales para impedir su previsión; y la prevención de la demanda, también con medidas legales impide la adquisición y uso. También, la prevención tiene el fin de persuadir a quien no usa droga de abstenerse y a quien, si lo hace a que deje de usar, Cualquier uso de drogas es considerado malo para la salud y se lo califica como inductor al crimen o actos antisociales.

Existe consenso generalizado de que la prevención es la mejor estrategia para el consumo de drogas, sobre todo con el enfoque de fortalecer el control de la demanda y equilibrarlo con el control de la oferta, desde que se acordó en la ONU en el año de 1998, en la Segunda Cumbre de las Américas, en el Plan de Acción de la Prevención y Control del Consumo Indebido y del Tráfico Ilícito de Estupefacientes Y Sustancia Psicotrópicas y otros Delitos Conexos, los gobiernos abordaron “fortalecer los esfuerzos nacionales y la cooperación internacional” (ONU, 1998) con el propósito de perfeccionar sus políticas y planes nacionales en el ámbito de la prevención del consumo indebido de drogas e incrementar las medidas principalmente a nivel comunitario, educacional y hacia los grupos más vulnerables, tales como los niños y jóvenes para impedir el crecimiento y la propagación de dicho consumo y eliminar los estímulos financieros del tráfico ilícito. (ONU, 1998)

“La prevención es el establecimiento de las medidas pertinentes para impedir que un hecho indeseado ocurra o compensar las consecuencias de su concurrencia”. (De Rementeria , 2001, pág. 15) Se ha dicho también que la prevención es un conjunto de procesos que promueve el desarrollo integral de las personas, sus familias y la comunidad, anticipándose a la aparición del problema, evitando la conducta del consumo, fortaleciendo factores protectores y disminuyendo los factores de riesgo. Se propone al menos disminuir el consumo de sustancias y las consecuencias del uso indebido, tratando de minimizar los riesgos en lugar de suprimirlos.

El objetivo de la “prevención del consumo de drogas” es prevenir o retrasar el inicio del

consumo de drogas, así como la transición a trastornos relacionados con el consumo de drogas. Cuando existe un trastorno relacionado con el consumo de drogas, es necesario prestar servicios de tratamiento, atención y rehabilitación”. (UNODC, 2017).

Este mismo informe señala que muchos países siguen sin proporcionar tratamiento adecuado y servicios de salud para reducir los daños causados por las drogas. Una de cada seis personas que padecen trastornos por consumo de drogas recibió tratamiento por esos trastornos en 2016, lo cual es una proporción relativamente baja que no ha variado en los últimos años.

La reducción de la demanda comprende la prevención, el tratamiento y la mitigación de los efectos perniciosos. Los programas de prevención están diseñados para retrasar o prevenir el inicio en el consumo de drogas o la evolución de la experimentación al consumo regular. Los métodos más frecuentes son los de tipo informativo y persuasivo y las actividades alternativas (p. ej., programas escolares de formación sobre las drogas, actividades familiares y comunitarias, campañas mediáticas, etc.) (SETED, 2017 - 2021). Es preciso distinguir entre el riesgo y el daño de las drogas, el riesgo viene por su uso que puede ser discontinuo, es decir puede o no ocurrir, como quien fuma toda su vida y pese a ello no presenta ningún diagnóstico de lesiones en su aparato respiratorio; por tal razón el riesgo es una mera afirmación de probabilidades.

La prevención y específicamente la información que puede recibir una población en cuanto a factores de riesgo no garantiza que las acciones y capacidad de intervención sean eficaces en el sistema de atención pública y podría ser una estrategia ineficaz, por cuanto el uso eventual de drogas sea por curiosidad, diversión o con fines terapéuticos, constituye un riesgo para que se convierta en uso frecuente o habitual de drogas.

El control de la oferta comprende el mantenimiento del orden, la regulación de la industria farmacéutica y los programas de desarrollo alternativo para comunidades relacionadas con actividades económicas relacionadas con la droga. La mayor parte de los recursos se destinan al mantenimiento del orden público, que puede clasificarse en dos grandes tipos: programas orientados a los productores, traficantes y distribuidores, que pretenden reducir la asequibilidad física y económica de la droga limitando su oferta y aumentando el precio; y programas orientados a los consumidores y vendedores, que pretenden elevar los costos de la transacción (o sea: tiempo, molestias y peligro).

Leyes y reglamentos estipulan qué sustancias son legales y cuáles ilegales, para quién y en qué condiciones; por ejemplo: prohibición absoluta de una droga, distribución permitida sólo en ciertos sistemas (p. ej., farmacias autorizadas) y concesión a determinadas personas de la facultad de consumir o recetar una sustancia (p. ej., morfina para enfermos terminales con dolores intratables). Penas ejemplares (p. ej., vía penal), intentan desalentar el consumo mediante

la amenaza de sanción o privación de libertad. Se trata de otra recurrida estrategia para controlar la oferta.

En los últimos 50 años, la mayoría de los países han promulgado leyes que sancionan el consumo, la tenencia y la producción domiciliaria de diferentes sustancias psicoactivas, pero últimamente algunos países tienden a reducir o eliminar las sanciones penales, sobre todo respecto al cannabis. En ambos casos, también han evolucionado las prácticas de los cuerpos del orden en lo relativo a la tenencia y el consumo. (SETED, 2017 - 2021).

Informes han demostrado cómo los daños potenciales de las drogas para las personas y las comunidades se ven exacerbados por las políticas represivas de control de drogas a nivel local, nacional e internacional. Además, se ha reconocido que este enfoque ha fracasado a la hora de reducir la escala del mercado de drogas y también ha conllevado severas consecuencias negativas, que incluyen entre otros daños, la imposición de penas altamente desproporcionadas sobre pequeños infractores (incluyendo la pena de muerte), la sobrepoblación carcelaria, la detención forzada para las personas que usan drogas en el nombre del tratamiento. (UNODC, 2017)

Políticas Públicas de tratamiento y rehabilitación en tema de drogas.

Es importante estudiar las Políticas Públicas desde la salud pública, políticas para la prevención y tratamiento de personas que son sujetas de diversas situaciones que se generan socialmente en su relación con las drogas, que pueden ser lícitas o ilícitas, partiendo de la visión integral, que tome en cuenta los principales implicados.

Se calcula que más de 4.400.000 varones y 1.200.000 mujeres padecen en América Latina y el Caribe trastornos derivados del consumo de drogas drogodependencia y otros problemas en algún momento de su vida. Todos los años se ven afectados 1.700.000 varones y 400.000 mujeres. (UNODC, 2017, pág. 13)

Los trastornos relacionados con el consumo repercuten significativamente sobre los sistemas sanitarios de muchos países de la región, porque los problemas de asociados con el consumo de droga afectan a la persona en los años más productivos de su vida. Aunque los trastornos relacionados con la droga son más frecuentes en los países desarrollados, las repercusiones sanitarias afectan desproporcionadamente más a los países de ingresos bajos y medios, donde es habitual que no existan programas de tratamiento y prevención. (MSP, MAIS, 2014)

En la Ley Orgánica de Prevención Integral Fenómeno Socio Económico de las Drogas se establecen como mecanismos fundamentales para el cumplimiento de esta ley 1.- Acciones

para la prevención del uso y consumo de drogas. 2.- Diagnóstico, tratamiento rehabilitación e inclusión social; y 3.- Reducción de riesgos y daños. (Art.16), Como obligación primordial del Estado.

Personas usuarias y tratamiento.

Existe un estigma para las personas que consumen drogas, revisando el significado de la palabra estigma la Real Academia de la lengua española la define como: “marca o señal en el cuerpo, pero también como desdoro, afrenta o mala fama”; de igual forma los sinónimos de esta palabra incluyen: “sin, señal, marca, llaga, huella, mancha, signo, pinta, mácula, mosca, nube”; palabras que expresan menosprecio, marginación o atributos que desacreditan y apartan a las personas de su entorno social. Esto se puede observar antiguamente en enfermedades como la lepra, enfermedades mentales, hoy en enfermedades como el SIDA o como el consumo de drogas, en personas que merecen un trato igual para todos. El estigma también se lo ha definido por Erving Goffman como una expectativa de un descrédito. Juicio de uno mismo por otros en un contexto particular. (Pascual & Pascual , 2017) Además, en nuestra sociedad hay una tendencia a discriminar a las personas que consumen drogas de manera negativa.

Según el sociólogo Javier Rubio, el proceso de la construcción de este estigma es siempre arbitrario, cultural y surge de la necesidad de censurar a aquellas personas que se desvían de lo que es o no asumido como aceptable desde el punto de vista social y cultural. Opera como una definición totalizadora con capacidad para desacreditar a la persona/consumidora de sustancias tóxicas en el intercambio social. El proceso de estigmatización convierte al drogodependiente en un ser desposeído, su definición social se establece por comparación con los no consumidores y esta comparación sirve para fijar su posición social como alguien que es diferente e inferior. Y es que además el propio consumo/adicción le genera un deterioro del entorno social y laboral, al vivir el adicto la vida a través de la sustancia, creándose un estilo de vida psicosocial acorde con su nueva situación y su nuevo rol de drogodependiente. (Pascual & Pascual , 2017)

Las adicciones se dan cuando las personas sienten que no pueden prescindir de una sustancia o de una actividad que se consume o se realiza de forma continuada en el tiempo. En el caso de la dependencia de drogas, esta está en estrecha relación con un determinado estilo de vida y no solo con un tipo y efecto farmacológico de una sustancia sobre el individuo. El uso de drogas es relativamente común y aproximadamente unos 250 millones de personas han usado drogas actualmente ilegales en 2016, mientras que alrededor del 11.6% de ellas se considera que padecen un consumo problemático de drogas o adicción. El patrón de uso más común de sustancias psicoactivas es episódico y no problemático. (UNODC, 2017). (Camarotti & Kornblit,

2015). Es necesario tener en cuenta que "los sujetos beneficiarios de los CETAD estudiados, participan a partir de su cotidianeidad, lo que constituye una perspectiva decisiva para entender la racionalidad de sus prácticas", sin que esto implique limitarse al ámbito de las condiciones locales. Esto llevaría a plantearse que la participación solo podría influir sobre las condiciones locales, sin poder trascender las condiciones estructurales. Pensamos que el ejercicio participativo debería abocarse a las situaciones de vida inmediatas o cotidianas, único modo de asegurar su capacidad operativa, pero este ejercicio es en sí un modo de ejercicio de ciudadanía con capacidad para afirmarse como experiencia y extenderse más allá de las condiciones inmediatas. (Camarotti & Kornblit, 2015)

Estigmas de las personas que consumen drogas.

Cuando se consideran las razones por las cuales las personas consumen drogas, generalmente prevalecen las explicaciones psicológicas y morales, basadas en suposiciones como:

- La persona es “débil” o “inmoral”, por lo tanto, el público en general considera que el uso problemático de drogas es un problema individual y no uno con el que la sociedad debe lidiar.
- Las personas que consumen drogas viven al borde de los márgenes de la sociedad, y por lo tanto no son miembros iguales o que tienen los mismos derechos que los demás.
- Las personas que usan drogas, particularmente las personas con consumo problemático de drogas participan en actividades delictivas Pero la gran mayoría de aquellos que usan drogas no están cometiendo ningún delito que no sea la contravención de las leyes de drogas
- Las personas con consumo problemático de drogas a menudo no pueden pagar las drogas que precisan sin recurrir a la delincuencia.

Estas percepciones y estereotipos contrastan con lo que los expertos consideran las principales razones para consumir sustancias. Estas incluyen la experimentación juvenil, la búsqueda del placer, la socialización, la mejora del rendimiento y la auto-medicación para controlar el estado de ánimo, y el dolor físico. Además, las personas que consumen drogas a menudo son desplazadas socialmente hacia sub-culturas marginadas donde abunda el crimen. Una vez que tienen antecedentes penales, les resulta mucho más difícil encontrar empleo, lo que hace que el mercado ilegal y la actividad criminal sean uno de sus únicos medios de supervivencia. (UNODC, 2017)

Las drogas son presentadas a menudo como contaminantes no naturales, impuestas a una

sociedad desde el exterior o por fuerzas desviadas, y muchas personas las temen. En realidad, tomar sustancia para alterar la conciencia parece ser un impulso universal, visto en casi todas las culturas del mundo y en la historia (aunque las sustancias utilizadas varían). Además, aunque ciertamente existen riesgos en todo uso de drogas, el estado legal de una sustancia raramente corresponde a los daños potenciales de ella.

Los daños potenciales de una sustancia aumentan cuando se produce, obtiene y consume de manera ilegal. También se cree ampliamente que la drogadicción es el resultado de que alguien simplemente toma una sustancia casualmente por placer, luego se “engancha” accidentalmente a las sustancias químicas dentro de la droga y lo “esclaviza”. Sin embargo, esto se basa en un malentendido de la adicción.

Generalmente se cree que las adicciones son permanentes e irreversibles. Si se considera que la recuperación es posible, la abstinencia generalmente se percibe como el principal objetivo – y a veces el único – del tratamiento. Sin embargo, el objetivo principal del tratamiento debe ser permitir que una persona alcance, en la medida de lo posible, la salud física y mental. (Metaal, 2014)

Enfoques en el tratamiento para personas que consumen drogas.

Se conoce que el consumo de drogas puede generar daños a la salud del consumidor y puede tener efectos colaterales negativos sobre las personas y su entorno. Se debe enfrentar el consumo de drogas como un tema de salud pública, y no como un delito o como un crimen.

De manera general el consumo de drogas no solamente implica el consumo, sino también las consecuencias que conllevan repercusiones. El abuso de drogas altera varios aspectos de la vida de la persona por lo que el tratamiento no es sencillo. Los tratamientos buscan ayudar a que la persona deje de usar drogas, que la persona pueda mantener un estilo de vida libre de las mismas y a lograr un funcionamiento productivo en la familia, el trabajo y la sociedad.

Puesto que la adicción desde un enfoque de salud pública se considera como enfermedad, las personas o los usuarios que consumen drogas simplemente no pueden dejar de consumir por unos días y curarse. La mayoría de los pacientes requieren cuidados a largo plazo o ciclos repetidos de tratamiento para lograr la meta final de abstinencia sostenida y recuperación de sus vidas. (NIDA, 2010).

El Instituto Nacional sobre el Abuso de drogas (NIDA) en lo que se relaciona al tratamiento para la drogadicción la considera como una enfermedad compleja que afecta el funcionamiento del cerebro y el comportamiento. El tratamiento varía según el tipo de droga y las características del paciente, puede darse en una variedad de entornos, de muchas formas distintas y por diferentes periodos de tiempo.

Puesto que la drogadicción suele ser un trastorno crónico caracterizado por recaídas ocasionales, por lo general no basta con un solo ciclo de tratamiento a corto plazo. Para muchas personas, el tratamiento es un proceso a largo plazo que implica varias intervenciones y supervisión constante.

El consumo de drogas y los daños conexos son mayores en los jóvenes. Los estudios sobre el consumo de drogas en la población general muestran que, el consumo de drogas es más extendido entre los jóvenes que entre las personas de mayor edad.

De la mayoría de las investigaciones se desprende que el riesgo de iniciación en el abuso de sustancias el más acusado es el período de la adolescencia temprana (12 a 14 años), tardía (15 a 17 años) y que el abuso de sustancias llega a su auge en las personas de 18 a 25 años. En cuanto a la morbilidad que se deriva de trastornos relacionados al consumo de drogas es mayor en las mujeres que en los hombres. Al menos dos veces más hombres que mujeres sufren trastornos relacionados con el consumo de drogas. Sin embargo, las mujeres al iniciar el consumo de drogas (alcohol, cannabis, opioides y cocaína) tienden a consumir en mayor cantidad y más rápidamente que los hombres, y por esta razón pueden llegar a sufrir los consiguientes trastornos de manera acelerada. Además, las mujeres tienen menos acceso que los hombres al tratamiento necesario. (UNODC, 2017)

La estimación que realiza el MSP (2019) acerca de la población en riesgo de consumir drogas ilícitas en el Ecuador en adolescentes (12 a 17 años) es de 1'974.364 y la población de 12 a 65 años es de 12'083.635. El informe mundial de drogas 2018 señala algunas estadísticas y datos importantes: Unos 275 millones de personas en todo el mundo, es decir, aproximadamente el 5,6% de la población mundial de edades comprendidas entre los 15 y los 64 años, consumió drogas en al menos una ocasión en 2016. (UNODC, 2018).

Entre las personas de más edad el consumo de las drogas no debe pasar desapercibido, el aumento de las tasas de consumo de drogas entre las personas de más edad obedece parcialmente al envejecimiento de las cohortes de consumidores de drogas. El consumo de drogas ha aumentado a un ritmo más rápido en las generaciones mayores (de 40 años en adelante) que, en las más jóvenes, según los escasos datos disponibles, que proceden mayormente de los países occidentales. Las personas de más edad que consumen drogas requieren servicios adaptados a sus necesidades, pero hay pocos programas de tratamiento que atiendan esas necesidades concretas.

El Instituto Nacional sobre el Abuso de drogas (NIDA), del Departamento de Salud de los Estados Unidos, utiliza la aplicación de programas de tratamiento a personas con problemas de drogodependencia basados en los siguientes principios de tratamientos eficaces:

- La adicción es una enfermedad compleja pero tratable que afecta el funcionamiento del cerebro y el comportamiento.
- No hay un solo tratamiento que sea apropiado para todas las personas. Lo que se busca es lograr el éxito final en la que la persona regrese a funcionar productivamente en la familia, el trabajo y la sociedad.
- El tratamiento debe estar fácilmente disponible en todo momento.
- El tratamiento eficaz abarca las necesidades diversas de la persona, no solamente su abuso de drogas. Para que el tratamiento sea eficaz, debe no sólo abordar el problema del abuso de drogas del paciente, sino también cualquier otro problema médico, psicológico, social, vocacional y legal que tenga. Igualmente, es importante que el tratamiento sea apropiado para la edad, sexo, grupo étnico y cultura de cada paciente.
- Para que el tratamiento sea eficaz, es esencial que el paciente lo continúe durante un período adecuado de tiempo. La duración apropiada del tratamiento depende del tipo y la severidad de los problemas y las necesidades de cada persona. Las investigaciones indican que la mayoría de los pacientes requieren por lo menos tres meses de tratamiento para reducir de forma significativa o detener el consumo de drogas, pero que los mejores resultados se logran con periodos más largos de tratamiento. La recuperación de la drogadicción es un proceso a largo plazo y con frecuencia requiere varios ciclos de tratamiento.
- La terapia individual y de grupo, además de otros tipos de terapia de la conducta, son las formas de tratamiento más comunes para el abuso de drogas.
- Para muchos pacientes, los medicamentos constituyen un elemento importante del tratamiento, especialmente cuando se combinan con la orientación psicológica y otros tipos de terapia de la conducta.
- El tratamiento de cada paciente debe ser evaluado continuamente y, de ser necesario, modificado para asegurar que se mantenga a la par con cualquier cambio en su condición.
- Muchas personas con problemas de drogadicción también tienen otros trastornos mentales.
- La desintoxicación médica es solo la primera etapa del tratamiento para la adicción y por sí misma hace poco para cambiar el abuso de droga a largo plazo.
- El tratamiento no tiene que ser voluntario para ser eficaz.
- El uso de drogas durante el tratamiento debe ser supervisado constantemente, ya que pueden ocurrir recaídas durante el tratamiento.

- Los programas de tratamiento deben incluir exámenes para el VIH/SIDA, la hepatitis B y C, la tuberculosis y otras enfermedades infecciosas. Además de brindar una terapia especialmente dirigida a modificar o cambiar aquellas conductas que los ponen en riesgo de contraer o transmitir enfermedades infecciosas.

Los tratamientos aplicados en EEUU en sus programas, presenta varios enfoques que puede incluir terapia de la conducta (individual o grupal), combinada con medicamentos. Esta combinación de tratamiento varía según las necesidades de la persona y según el tipo de drogas que use.

Los mejores programas de tratamiento ofrecen una combinación de terapias y servicios que satisfagan las necesidades individuales de cada paciente, necesidades relacionadas con aspectos de edad, raza, cultura, orientación sexual, sexo, embarazo, consumo de otras drogas, problemas de salud concurrentes, crianza de hijos, vivienda y trabajo y además antecedentes de abuso físico y sexual.

El tratamiento del abuso y la adicción a las drogas se efectúa en distintos entornos usando enfoque farmacológico y conductual.

Las terapias de la conducta pueden ayudar a motivar a los pacientes a participar en el tratamiento para las drogas, ofrecen estrategias para afrontar el deseo de consumirlas, enseñan maneras de evitar las drogas y prevenir las recaídas, y ayudan en el manejo de las recaídas en caso de que éstas ocurran. Las terapias de la conducta también pueden ayudar a mejorar las destrezas de comunicación, las relaciones interpersonales y la crianza de hijos, así como la dinámica familiar.

En los programas de tratamiento para personas que consumen drogas, se emplean terapias individuales y grupales. La terapia en grupo puede brindar refuerzo social y ayudar a fomentar la abstinencia y un estilo de vida sin drogas. Algunos de los tratamientos conductuales más establecidos, como el manejo de contingencias y la terapia cognitiva conductual también se están adaptando para uso con grupos a fin de mejorar la eficacia y el ahorro de costos.

En la política que emana desde el estado ecuatoriano para los centros especializado en consumo problemático de alcohol y otras drogas se establecen la aplicación de los enfoques cognitivo conductual, enfoque humanista y enfoque sistémico con sus diversas técnicas y terapias, con énfasis en terapia individual, grupal y ocupacional, (MSP, 2015, págs. 9-14) Como lo indica el Modelo de atención integral residencial para el consumo problemático de alcohol y otras drogas, en establecimientos de salud de tercer nivel del Ministerio de Salud Pública.

Enfoque médico – biológico

Desde una perspectiva médica, solo aquellos con consumo problemático de drogas o

dependencia necesitan tratamiento, y esto solo es una minoría. El tratamiento de los trastornos por consumo de drogas es ante todo un contrato terapéutico entre un profesional de la salud mental y un paciente, basado en la confianza y la confidencialidad. Entre ellos deben decidir libremente sobre el proceso de tratamiento, sobre las intervenciones y los servicios a seguir, y sobre el objetivo final, ya sea la abstinencia o un objetivo diferente. El porcentaje de consumidores de drogas ilícitas que requirieron tratamiento en el año 2016 de una población de 275 millones de personas consumidoras (5,6 % de la población entre 15 y 64 a nivel mundial) 31 millones de personas (11%) necesitaron tratamiento ambulatorio, ambulatorio intensivo y residencial. (UNODC, 2018)

Este enfoque médico biológico patrocinado por la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud han diseñado diversas intervenciones para abordar problemas médicos, sociales y psicológicos que buscan modificar la vida y el comportamiento de las personas consumidoras de drogas. Van desde iniciar o mantener la abstinencia, reducir la cantidad o la frecuencia del consumo y modificar los comportamientos delictivos y el uso compartido de inyecciones. Para describir los servicios pensados para las personas con trastornos relacionados con el consumo de sustancias: tratamiento, atención y rehabilitación anoto lo planteado por la OMS/OPS aplicados en los países de América y específicamente en Ecuador. Los servicios para drogodependientes se dividen en cinco categorías básicas:

- 1) servicios sanitarios de desintoxicación para tratar los cuadros agudos de la abstinencia;
- 2) programas especializados de rehabilitación como la asistencia personal en temas de drogas, la psicoterapia y la terapia conductual;
- 3) programas centrados en la rehabilitación a largo plazo del dependiente crónico, fundaciones de ayuda mutua como Narcóticos Anónimos, comunidades terapéuticas y terapias sustitutivas con opiáceos (metadona);
- 4) servicios diseñados para paliar los efectos perniciosos de la droga, como el intercambio de agujas; y servicios sociales como el asesoramiento laboral y las subvenciones por menores dependientes, pensados para cubrir las necesidades sociales del drogodependiente.
- 5) programas para la reinserción social del drogodependiente en el entorno laboral y familiar, y programas para combatir la discriminación y el estigma, a fin de mejorar el acceso de estas personas a la atención sanitaria. (Comisión Global de Políticas de Drogas, 2017)

Dependiendo de la sustancia objeto de consumo la OMS y la OPS plantean intervenciones psicosociales para incidir en los consumos, mediante la modificación de

actitudes, ideas y factores sociales. Intervenciones que pueden ser privadas o públicas, prestan servicios también las ONG; pueden ser de manera libre y voluntaria recibiendo atenciones ambulatorias, en servicios de consulta externa; pueden ser de régimen de internamiento en hospitales generales, hospitales psiquiátricos, comunidades terapéuticas. Los programas pueden durar desde un día hasta dos o tres años.

Se destacan principalmente las intervenciones breves, terapia cognitiva-conductual, los 12 pasos y métodos socio familiares. Los programas han sido diseñados para modificar modelos de interacción y reforzar la reducción del consumo, los problemas relacionados al consumo, y mejorar las habilidades sociales y de afrontamiento. Además, los programas de reducción de daños buscan mitigar los efectos dañinos de la droga, abordan los riesgos sin requerir el cese del consumo, promoviendo un consumo menos peligroso.

Así como existe el temor de que el consumo de drogas conduce a la “esclavitud química”, a menudo se cree que la adicción es permanente e irreversible. O bien, si se considera posible la “recuperación”, generalmente se cree que la abstinencia es el principal y único objetivo del tratamiento, cuando en realidad debería de ser el permitir que una persona alcance, en la medida de lo posible, la salud física y mental. Si bien la abstinencia puede ser un resultado deseado por algunos, muchas personas con consumo problemático de drogas requieren varios intentos antes de tener éxito, y algunos necesitan diversas formas de tratamiento y servicios para mantener su buena salud mientras acceden a la droga ilegal de la que dependen, o un sustituto.

Desde esta perspectiva, la abstinencia no es necesariamente el mejor objetivo para el tratamiento de una persona en particular, y tal vez ni siquiera su objetivo. Incluso cuando lo es, muchas personas con un consumo problemático de drogas solo alcanzan la abstinencia luego de varios intentos. La ONU ha declarado claramente que la recaída durante el tratamiento “no es una debilidad de carácter o voluntad”. Se necesita una variedad de opciones - desde la rehabilitación basada en la abstinencia hasta el apoyo psicosocial, la terapia de sustitución y el tratamiento con heroína - para permitir que los médicos y sus pacientes decidan sobre el tratamiento apropiado.

Enfoque bio- psico- social. La reducción de daños.

El enfoque de reducción de daños es un modelo biopsicosocial del problema de uso de drogas, reconoce que los significados personales, el aprendizaje y el condicionamiento social acompañado de los factores sociales. interpersonales y biológicos pueden tener un papel en la génesis de estos problemas. Este enfoque parte del supuesto que los problemas de uso de sustancias pueden ser el resultado de diversos factores psicológicos, sociales y biológicos, que se combinan de manera única en cada persona.

Se habla de reducción de daños a las “políticas, programas y prácticas que buscan minimizar las repercusiones sanitarias, sociales y jurídicas negativas asociadas con el consumo de drogas, así como las políticas y leyes en materia de drogas. La reducción de daños se basa en la justicia y los derechos humanos: se centra en los cambios positivos y en trabajar con las personas sin juzgarlas, coaccionarlas, discriminarlas o exigirles que dejen de consumir drogas como condición previa al apoyo”. (The Global Fund, 2020)

“La reducción de riesgos es una política de colaboración entre los poderes públicos y los usuarios. Su objetivo es el sustituir la “guerra a la droga” por la “paz entre colaboradores” con responsabilidades recíprocas. Cuanto más la sociedad marginalice a los toxicómanos, menos se puede esperar que estos actúen de manera responsable; a la inversa, cuanto menos los marginaliza, más los integra en una política preventiva lo que permite que actúen como ciudadanos responsables” (Ralet, 2000, pág. 43)

La reducción de daños abarca políticas y mensajes que buscan reducir el daño sin requerir que una persona cese el comportamiento potencialmente dañino. El objetivo es reducir los daños del uso de sustancias psicoactivas para aquellos que no pueden o no quieren parar. La reducción de daños también es una herramienta de prevención terciaria, que evita el deterioro de la salud física y psicológica y facilita la reintegración social. Las medidas esenciales de reducción de daños incluyen programas de intercambios agujas y jeringas, salas supervisadas de consumo, antagonistas opiáceos contra los sobredosis y análisis de sustancias, entre otros. Ejemplos de intervenciones de reducción de daños fuera del ámbito del consumo de drogas ilegales incluyen parches de nicotina, cerveza ligera, condones, cinturones de seguridad y equipo de protección en los deportes.

Cuando se combina con el apoyo social y psicológico para el individuo que usa drogas, la reducción de daños también puede conducir a una disminución en el uso problemático de las mismas. (UNODC, 2017). La práctica de reducción de daños es considerada como un principio esencial para tratamiento clínico eficaz en el abuso de sustancias. Para autores como Andrew Tatarsky. La práctica de reducción de daños es algo necesario para las limitaciones a las respuestas de profesionales y de Políticas Públicas de problemas de consumo de drogas (Tatarsky, 2002). La reducción de daños debe ser aceptada como un enfoque eficaz para ayudar a las personas con consumo de drogas.

La reducción de daño es un marco de referencia para ayudar a los consumidores de drogas y alcohol que no pueden o no desean detenerse por completo a reducir las consecuencias perjudiciales de su uso. La reducción de daños acepta que la abstinencia puede ser el mejor resultado para muchos, pero flexibiliza el énfasis de la abstinencia como el único objetivo y

criterio aceptable para el éxito. En su lugar se aceptan pequeños cambios que se van incrementando en la dirección de reducir los daños del consumo de drogas, tienen implicancias significativas para mejorar la efectividad de la psicoterapia. (Tatarsky, 2002, pág. 12)

Si las personas consumen drogas es porque funcionan, para abordar ciertas necesidades psicológicas, social o biológica. Tatarsky define el uso problemático de drogas cuando el uso compromete o interfiere con otras necesidades y valores importantes del individuo. Sin embargo, para que cualquier tratamiento de uso drogas tenga posibilidad de éxito, debe iniciar por descubrir los motivos y razones que hacen que el uso de droga sea atractivo para una persona, a pesar de los problemas que conlleva su uso.

No se pone en duda el posible daño a la salud que pueda provocar el uso o consumo de sustancias. La reducción de daños tampoco desconoce las implicaciones que tiene el uso o consumo de las drogas. Por el contrario, procura disminuir las consecuencias reales que presentan sobre las personas que consumen drogas. Puede ser una política coherente para atender a la persona desde la prevención hasta su tratamiento como una manera de rehabilitación.

Comunidad terapéutica.

Se diferencian de otros enfoques de tratamiento en el uso de la comunidad como agente clave de cambio. Es una forma de tratamiento residencial para trastornos de las adicciones. Surgió en la década de 1950, con el movimiento de recuperación por autoayuda de Alcohólicos Anónimos. En las comunidades terapéuticas utilizan diversas etapas de tratamiento, reflejando mayores niveles de responsabilidad personal y social entre los participantes. En los procesos grupales la influencia de los compañeros, son utilizados para ayudar a las personas a aprender y asimilar las normas sociales y desarrollar otras habilidades más efectivas. Utilizan un enfoque que se orienta a la recuperación de la persona en su conjunto y en los cambios de estilos de vida, no solo en la abstinencia del consumo de drogas.

El modelo de tratamiento de las Comunidad Terapéutica se basa en la autoayuda mutua tanto de los individuos que reciben el tratamiento como los principales contribuyentes al proceso de cambio, así como también asumen la responsabilidad parcial en la recuperación de sus compañeros, lo cual contribuye en el propio tratamiento del individuo, que se esfuerza por mantener las principales características de un entorno familiar psicosocial y positivo. Esto incluye la estructura necesaria para proporcionar orden en la vida diaria; el cuidado a través de la seguridad física y psicológica; la aceptación individual y la incentivación, condicionados únicamente por la participación honesta; y la transmisión de valores saludables.

Como se refiere Domingo Comas, en la actualidad este es el tipo de Comunidad Terapéutica más común y representativo, quizás porque ha sido el soporte central, ya que ha

proporcionado la base del conocimiento necesario para diseñar otros tipos de Comunidades Terapéuticas. Es un dispositivo presente prácticamente en todo el mundo, y aunque en la mayoría de los países se ha encaminado un modelo profesional, aún subsisten, especialmente en algunos territorios tensiones con el modelo no-profesional y basado de forma exclusiva en la auto-ayuda. (Comas, 2010, pág. 28)

En cuanto al tiempo de tratamiento para el tratamiento en las comunidades terapéuticas depende de cada persona, Sin embargo, estudios han demostrado que las estadías varían de 18a 24 meses, pero las restricciones económicas han obligado a reducir las estadías en las residencias a doce meses o menos, En el caso de las personas con muchos problemas serios (porejemplo, adicciones a varias drogas, conducta criminal, trastornos de salud mental y un nivel bajo de empleo), las investigaciones de nuevo sugieren que los resultados son mejores para los que recibieron tratamiento en la comunidad terapéutica por 90 días o más. (NIDA, 2010).

Los tratamientos en las comunidades terapéuticas se dividen en etapas: Etapa 1. Inducción y tratamiento temprano: ocurre en los primeros 30 días, La persona usuaria aprende las políticas u los procedimientos de la residencia; establece relaciones de confianza; inicia una evaluación personal de di mismo; empieza a comprender la naturaleza de su adicción y deberá iniciar un proceso de compromiso para su recuperación. Etapa 2. Tratamiento primario con la utilización de un modelo estructurado utiliza intervenciones para cambiar actitudes, percepciones y comportamientos de la persona relacionado con el uso de drogas, dirigido a sus necesidades sociales, educacionales, vocacionales, familiares y psicológicas. Etapa3. Reinserción a la sociedad, la persona se graduado, deja el programa libre de drogas vinculándose a un trabajo o estudio. Luego del tratamiento residencial incluyen consejería individual, familiar y asesoramiento vocacional y educativo, Por lo general el tratamiento incorpora a los grupos de auto ayuda luego del tratamiento. (NIDA, 2010).

En las Comunidades Terapéuticas el día a día, las actividades e interacciones se consideran oportunidades para facilitar el cambio individual. Se organizan de la siguiente manera: i Grupos clínicos con la utilización de diversos enfoques terapéuticos para enfocar los problemas importantes de la vida; ii Reuniones en Comunidad revisan objetivos, procedimientos y funcionamiento de la Comunidad terapéutica; iii Actividades vocacionales y educativas ocurren en sesiones de grupo y proporcionan entrenamiento en habilidades laborales, de comunicación e interpersonales; iiiii Actividades comunitarias y de manejo clínico, mantienen la seguridad física y psicológica del ambiente y asegura una vida ordenada y productiva dentro de la comunidad.

En teoría existen dos modelos para lograr un abordaje a los beneficiarios de los Citados,

el uno se denomina modelo integral comunitario, al otro se lo conoce como modelo moralista normativo. Las diferencias entre ambos modelos se centran en las concepciones de salud, los objetivos de las actividades propuestas, las concepciones sobre los sujetos y los marcos operativos en los que se basan cada uno de ellos. Se proponen también los pasos que deberían seguirse en la aplicación del modelo comunitario, cuyo objetivo último es lograr un sistema de respuestas comunitarias para debilitar al sistema que genera el consumo problemático de drogas. Dichos pasos comprenden la identificación del problema por parte de la comunidad, la reunión de datos y experiencias previas, la organización comunitaria incluyendo la capacitación de sus agentes, el fortalecimiento y la articulación de los recursos existentes en la comunidad y el diseño consensuado de respuestas al problema. (Camarotti & Kornblit, 2015) En el capítulo 3 se analiza y determina qué modelo es el que se aplica en nuestros Citados.

En conclusión, se puede describir a las Comunidades Terapéuticas como centros donde brindan tratamiento residencial a las personas con uso problemático de alcohol y otras drogas. Sus características principales son: 1, Es un centro residencial de convivencia entre usuarios y profesional técnico que aplica una metodología que utiliza diversas formas de participación comunitaria. 2, La permanencia en el centro, casa o residencia tiene un tiempo de duración determinado y definido dependiendo de la evolución de los usuarios, sin embargo, se considera un tiempo prudencial de seis meses para cumplir con logro de objetivos. 3, Cada Comunidad Terapéutica orienta su atención a una población específica (hombres adultos, mujeres adultas, adolescentes hombres, adolescentes mujeres, etc.) 4. El ingreso a la Comunidad Terapéutica es voluntario, excepto en casos de adolescentes que ingresan por medidas judiciales. 5. Toda Comunidad Terapéutica cuenta con un equipo técnico multidisciplinario, con fuerte componente psico - social y educativo desde donde se actúa. 6. En la Comunidad Terapéutica se trata de reproducir la vida cotidiana real, en la cual tanto equipo de profesionales y residentes cumplen roles reales interactuando en el desarrollo de una micro sociedad. 7. El aprendizaje social ocurre en un contexto de relaciones sociales que implica controles. Las relaciones y reacciones sociales aumentan en los grupos terapéuticos, combinadas con terapias individuales y procedimientos educativos. 8. El equipo técnico desarrolla procedimientos que facilitan intercambio de información y la toma de decisiones terapéutico para el logro de objetivos, 9. El objetivo principal de las Comunidades Terapéuticas es ayudar a los residentes a construir proyectos de vida que les permita vivir fuera de la Comunidad Terapéutica. 10. En la Comunidad Terapéutica es continua la evaluación por parte de equipo técnico de manera individual y grupal de los procesos, procedimientos y resultados alcanzados.

CAPÍTULO II

Principales políticas públicas de drogas - Normativa jurídica en la República del Ecuador

En esta subdivisión se busca analizar las principales políticas públicas del Ecuador en cuanto a tema de drogas y específicamente a política pública referente al tratamiento y rehabilitación de personas con uso problemático de drogas, para el cual se iniciará con la Constitución de la República del Ecuador (CRE), El Código Orgánico Integral Penal (COIP) y 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, todos vigentes en la actualidad.

En registros históricos indican que, aunque las políticas ecuatorianas sobre drogas incluían el control de estas sustancias a través de la aplicación del orden público, el país priorizaba la prevención del abuso de drogas ilícitas como un tema de salud pública. (Edwards, 2010). Según este análisis en Ecuador existen contradicciones que se presentan en la aplicación de los instrumentos de las políticas públicas.

Los pilares fundamentales para la definición y aplicación de la política estatal referente al fenómeno de las drogas se sustentan en la prevención, tratamiento y control, determinadas en los siguientes documentos legales vigentes en la actualidad.

Constitución Política del Ecuador.

Desde el año 2008 en la Constitución del Ecuador se despenaliza el consumo de drogas y se considera: “las adicciones son un problema de Salud Pública” (CRE, 2008). 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. (Art.364)

Desde la norma constitucional, el artículo 364 de la nueva Constitución de la República del Ecuador (2008), por primera vez estableció como principio la expresa prohibición de criminalizar a los consumidores, además de abstraer al fenómeno social de las drogas del enfoque penal al de las políticas de salud. De esta forma, lo que para otros países se había reivindicado por vía jurisprudencial o de política pública, en Ecuador se lo había logrado desde la sagrada

norma constitucional. (Paladines, 2015). En el contexto de lo establecido en la Constitución de la República, las adicciones son un problema de salud pública y al Estado le corresponde asegurar el desarrollo de programas coordinados de información, prevención y control del consumo de alcohol, tabaco y sustancias estupefacientes y psicotrópicas nocivas para la salud y el desarrollo, de niñas, niños y adolescentes y otros grupos vulnerables.

Las políticas públicas y la legislación en materia de prevención y control del fenómeno socio económico de las drogas deben inscribirse dentro del sistema nacional de inclusión y equidad social, previsto en el artículo 340 de la Constitución de la República, en vista de que dicho fenómeno, siendo un problema de salud pública, debe ser atendido con un enfoque interdisciplinario, articulado y coordinado en diversos ámbitos. Además, de incluir acciones para promover la cultura de paz y seguridad ciudadana.

La Constitución de la República del año 2008 planteó tres situaciones a tomar en cuenta, el fenómeno de las drogas debe ser asumido desde un enfoque de salud pública, se reconoce la diversidad de consumo, en el momento en que se señala que existen consumidores ocasionales, habituales y problemáticos, y por último la importante prohibición de criminalizar a consumidores.

El Estado ecuatoriano a partir de 2008, en el marco del proceso constituyente, tomó varias medidas:

- 1) indulto general a “mulas” del narcotráfico;
- 2) creación de la “tabla de tenencia para el consumo personal”;
- 3) reforma del nuevo Código Orgánico Integral Penal (COIP) que incluyó el concepto de “proporcionalidad en las penas en delitos relacionados con drogas”; y, consecuentemente,
- 4) implementación de la tabla que permite diferenciar entre pequeños y grandes traficantes para tipificar delitos. (Velez & Gudiño, 2017)

Desde la norma constitucional (2008), por primera vez estableció como principio la expresa prohibición de criminalizar a los consumidores, además de abstraer al fenómeno social de las drogas del enfoque penal al de las políticas de salud. Sin embargo, no se debe confundir que la adicción es un problema de salud pública y es muy diferente al tráfico de drogas considerado un delito, es decir es importante diferenciar entre tráfico y consumo de drogas, pues si los dos elementos pueden estar estrechamente relacionados las manifestaciones de las dos actividades son distintas. Mientras el tráfico de drogas es un problema penal que le corresponde a la justicia, las adicciones, reitero es un problema de salud por lo que las personas con consumo problemático de uso de drogas deben recibir un tratamiento que sea integral y eficaz con la asistencia del Estado y no ser considerado como una amenaza para la sociedad.

Es de importancia recalcar que la Constitución protege a los adolescentes en sus derechos, es así, que el Art, 46, literal 5 dispone “Prevención contra el uso de estupefacientes o psicotrópicos y el consumo de bebidas alcohólicas y otras sustancias nocivas para su salud y desarrollo.” Sin olvidarse de este sector vulnerable.

Código Integral Penal.

En el Código Penal Ecuatoriano vigente desde el mes de febrero del año 2014, se establecieron nuevas reformas a la ley de drogas. Esto implica que la mayoría de cambios se produjeron al margen del debate público ampliado, y que fueron impulsados desde arriba hacia abajo. Sin embargo, el proceso de cambio no ha estado exento de tensiones y de contradicciones entre los distintos actores que forman parte del propio Estado. (Alvarez, 2014). En febrero de 2014 se promulgó el Código Orgánico Integral Penal (COIP), donde se incluyó la tipificación de los “Delitos por la producción o tráfico ilícito de sustancias catalogadas sujetas a fiscalización”, entre los artículos 219 y 228. Uno de los avances más importantes fue la disminución de la pena en todos los delitos relacionados con el tráfico de drogas. Esta reducción es particularmente relevante pues la Ley 108 contenía penas desproporcionadas y contrarias al debido proceso; además, mantenía la criminalización del consumo.

Un año después de creada la primera tabla de tenencia para consumo personal, se fija la segunda que diferencia las distintas escalas de tráfico –mínima, mediana, alta y gran escala– por sustancia y establece las penas a ser aplicadas. Así, por ejemplo, se determinaba un segmento de 0 a 300 gramos para el tráfico en mínima escala de marihuana, delito para el cual se podía aplicar de 2 a 6 meses de prisión. (Velez & Gudiño, 2017). El COIP en esta reforma también actualizó la tabla de cantidades máximas admisibles de tenencia para el consumo personal que emitió el Consejo Nacional de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas, en adelante CONSEP, que en el mes de junio del año 2013 emitió una resolución acogiendo la tabla de cantidades máximas admisible para el consumo personal a fin de evitar la criminalización de los consumidores. (RO, 2015, pág. 628)

Cantidades máximas permitidas Porte y tenencia de drogas para consumo personal

	Cantidades(gramos) Peso neto.
Marihuana	20
Pasta base de cocaína	2
Clorhidrato de cocaína	1
Heroína	0,1
(MDA)	Sustancias
Metilendioxifenetilamina	
Extasis(MDMA)	0,090
Anfetaminas	0,090

Fuente: Registro Oficial. Suplemento No. 628 16.XI.2015

A esta tabla se lo conoce como umbrales, son parámetros que evitan la criminalización fáctica de los usuarios o consumidores de drogas de uso ilícito, sirve como referencia a los operadores de justicia, delimita la frontera entre tenencia/posesión para el uso o consumo vs, tráfico ilícito como actividad delictiva. Los umbrales son marcos referenciales a la organización judicial (Defensoría Pública del Ecuador, 2014) “los umbrales son medidas técnico-políticas que no gozan necesariamente de un respaldo científico total, puesto que no existe un estándar a nivel mundial que justifique la cantidad de sustancia que una persona pueda tener o poseer para su consumo e ingesta” (Paladines,2016), sin embargo los umbrales son de mucha ayuda para proteger a los consumidores, que de conformidad con su libre elección han decidido voluntariamente consumir drogas, sin que por ello se los tilde de delincuentes.

Con respecto a los umbrales de cantidades legales para uso personal, lo recomendable es que estos sean usados para fijar cantidades mínimas por debajo de las cuales nunca se puede tener a una persona como comerciante y que a la vez no se entienda que por encima de dichas cantidades las personas pueden ser sancionadas por distribución y tráfico, pues en todo caso es el Estado el que debe probar que tenían la intención de vender o distribuir. Los umbrales, además, deben estar fijados en atención a las prácticas de los consumidores y no arbitrariamente, asegurando siempre la protección de consumidores.

[Ley orgánica de prevención integral del fenómeno socio económico de las drogas regulación y control del uso de sustancias sujetas a fiscalización.](#)

Para enfrentar el fenómeno de las drogas y sus diversas aristas, 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 (en adelante Ley Orgánica de Prevención Integral), en el artículo 3 dispone:

(...) Declárense de interés nacional las Políticas Públicas que se dicten para enfrentar el fenómeno socio económico de las drogas, así como los planes, programas, proyectos y actividades que adopten o ejecuten los organismos competentes, precautelando los derechos humanos y las libertades fundamentales, mediante la participación social y la responsabilidad pública y privada, en procura del desarrollo humano, dentro del marco del buen vivir o Sumak Kawsay. Dichas políticas se basarán de manera prioritaria en evidencia científica que permita la toma de decisiones y la atención a grupos de atención prioritaria (...) (SETED, 2016)

Esta ley promulgada en octubre del 2015 (Registro Oficial Suplemento 615) creó nuevos diseños de Políticas Públicas aplicables, con pragmatismo y objetividad, con alternativas de prevención para reducir el impacto en la salud pública y los problemas sociales. La norma aborda la problemática desde una perspectiva integradora, que reconoce los enfoques y realidades

nacionales y amplía la ubicación del fenómeno de las drogas en el contexto socioeconómico de orden estructural e incorpora para su tratamiento factores causales como el desarrollo que sustenta la paz y la seguridad. Considera que el uso y consumo de drogas es un fenómeno complejo con graves consecuencias en el sector salud, economía, social y de seguridad ciudadana. Además, esta ley a más de implementar Políticas Públicas en materia de educación y salud facilitando la aplicación de las políticas como deber ineludible e inexcusable del Estado. Esta ley se enfoca en la prevención integral del fenómeno socio económico de las drogas, así como de la regulación y control de las actividades relacionadas con las sustancias sujetas a fiscalización.

Esta ley contempla mecanismos fundamentales acciones para la prevención del uso y consumo de drogas; el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación e inclusión social; y, reducción de riesgos y daños. Enfrenta el fenómeno socioeconómico de las drogas precautelando los derechos humanos; promueve la cultura de paz y seguridad ciudadana dentro del marco del buen vivir; las acciones de reducción de riesgos y daños con la promoción de una educación integral. Se puede observar que en esta Ley la problemática del fenómeno socioeconómico de las drogas es un problema de toda la sociedad que amenaza no solo a la salud de la población, sino también a la seguridad nacional, al orden político, económico y social. Sin embargo, presenta un conjunto de políticas enfocada en derechos humanos priorizando las capacidades y potencialidades del hombre, la familia y su entorno con especial atención a grupos de atención prioritaria.

Este documento legal presenta un conjunto de políticas para la prevención en los ámbitos de la salud, educación, laboral, en el ámbito comunitario familiar, en el ámbito cultural, recreativo y deportivo; en el ámbito comunicacional y de la información. Además, presenta el desarrollo alternativo preventivo con un conjunto de medidas para desarrollo de las comunidades ubicadas en zonas vulnerables por influencia de actividades ilícitas relacionadas con la droga. Todas estas políticas se consideran como obligación del Estado y como políticas y acciones permanentes a ser ejecutadas por las instituciones y personas involucradas, encaminado a intervenir con la participación intersectorial sobre manifestaciones del fenómeno socio económico de las drogas.

La normativa en su Capítulo III, en Mecanismos Fundamentales para la prevención integral del fenómeno socioeconómico de las drogas indica que para el cumplimiento de la norma empleará mecanismos como:

- 1) Acciones para la prevención del uso y consumo de drogas;
- 2) Diagnóstico, tratamiento, rehabilitación e inclusión social; y
- 3) Reducción de riesgos y daños. (Art,16)

En cuanto a las acciones para la prevención del uso y consumo de drogas esta norma legal indica que las políticas deben ser “encaminadas *a formar sujetos responsables de sus actos y fortalecer sus relaciones sociales, orientadas a su plena realización individual y colectiva*” (Art. 17)

El mecanismo para la prevención integral del fenómeno de las drogas focaliza la prevención en la población vulnerable y en situaciones de riesgo, el tratamiento en la población vulnerable que consume drogas y no en usuarios que no presentan problemas. El diagnóstico, tratamiento y rehabilitación es direccionada a personas consumidoras ocasionales, consumidoras habituales y personas con problemas en el consumo de drogas. La autorización, regularización, control y planificación de la oferta de servicio de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las personas que consumen drogas está bajo la rectoría del Ministerio de Salud Pública que controla el funcionamiento de los centros terapéuticos quienes deben contar con profesionales especializados, protocolos y programas de atención para disminuir los efectos nocivos del uso y consumo de drogas y los riesgos y daños asociados al consumo de drogas en niveles individual, familiar y comunitario. Lo que se conoce como reducción de riesgos y daños.

Desde un abordaje en prevención integral del fenómeno socio económico de las drogas en cuanto a recuperación y rehabilitación señala políticas públicas enfocadas entre otros puntos: mejoramiento de espacios públicos; campañas comunicacionales; procesos culturales, deportivos y recreativos; identificación y manejo de comportamientos de riesgo en la escuela, universidad o trabajo; comunicación asertiva y discusión familiar sobre el uso de drogas; desarrollo de habilidades de crianza y convivencia armónica; transmisión y desarrollo de habilidades para la vida; sistema de justicia y derechos humanos; creación de instrumentos legales y documentos normativos. Todos ellos con el apoyo y corresponsabilidad social. (MSP; 2019)

[Plan Nacional de Prevención Integral y Control del Fenómeno Socio Económico de las Drogas 2017-2021.](#)

El Plan Nacional de Prevención Integral y Control del Fenómeno Socio Económico de las Drogas 2017-2021, constituye una definición clara y estructurada de las políticas públicas respecto de esta problemática, siendo el marco dentro del cual se deben desarrollar acciones encaminadas a reducir el espacio a las drogas y afianzar un adecuado desarrollo del ser humano. Se fundamenta en la plena vigencia de los mandatos constitucionales, a fin de prestar la atención a las adicciones como un problema de salud pública, que requiere la adopción de medidas de prevención integral, tratamiento y rehabilitación a las personas consumidoras; garantizando la no criminalización del consumo de drogas. (SETED, 2017 - 2021).

Este documento planteaba la reducción de la demanda y de la oferta de drogas mediante el logro de cuatro objetivos específicos:

- 1) prevenir el uso y consumo de drogas;
- 2) brindar atención integral e intersectorial a las personas que tienen un consumo problemático de drogas;
- 3) disminuir la oferta de drogas destinadas al consumo interno; y
- 4) prevenir la producción ilícita de drogas (Plan Nacional de Drogas, 2017).

El Plan Nacional de Drogas, tiene como objetivo evitar, retrasar y reducir las consecuencias del fenómeno socio económico de las drogas desde un abordaje individual, comunitario familiar y social. Plantea un abordaje desde la Salud Pública y los Derechos Humanos. Está dividido en dos grandes ejes:

- 1) Reducción de la demanda: abarca todas las acciones e iniciativas que están relacionadas a la promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, reducción de riesgos y daños, e inclusión social.
- 2) Reducción de la Oferta: está enfocado en reducir la disponibilidad de drogas a través de acciones e iniciativas que fortalecen los distintos mecanismos de interdicción, tendientes a regular, controlar y fiscalizar el tráfico ilícito de las drogas.

El Plan Nacional de drogas presenta programas de control de drogas en muchos sectores públicos, desde los colegios y las comunidades, pasando por la atención en salud. El Ministerio de Educación aporta en temas de prevención. De la misma manera, la fuerza policial, está encaminada a mejorar la seguridad ciudadana, controlando el micro tráfico y el control en las fronteras. Se observa que varios sectores públicos intervienen directa o indirectamente en la aplicación de las políticas sobre drogas, muchas veces no están bien coordinados entre sí y las responsabilidades se diluyen, de modo que las cuestiones relativas a la salud pública pasan a un segundo plano y quedan por detrás de la justicia penal y las labores de control fronterizo. Estas políticas pretenden actuar de manera equilibrada, enfocándose tanto a la reducción de la demanda medida más vinculada al área preventiva de salud; y. la reducción de oferta asociado mayoritariamente a estrategias policiales y represivas dirigidas contra el tráfico ilícito de sustancias y el consumo indebido de las drogas.

Las políticas en materia de drogas comprenden distintas actuaciones del gobierno, englobadas en tres áreas:

- 1) programas para prevenir el inicio en el consumo de drogas;

- 2) programas de atención sanitaria y servicios sociales para que las personas que consumen drogas modifiquen su comportamiento o mitiguen las consecuencias del consumo; y
- 3) leyes, reglamentos e iniciativas para controlar la oferta de estupefacientes (y de medicamentos de prescripción desviados para el consumo extra médico).

La última categoría normalmente difiere de las otras dos porque posee un elemento internacional, además de nacional.

La política de prevención integral del fenómeno socio económico de las drogas.

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" así como el "Plan Nacional de Prevención Integral y Control del Fenómeno Socio Económico de las drogas" son los instrumentos, que definen los lineamientos para la formulación de políticas públicas efectivas, eficientes y eficaces que trata de incluir a todos los actores sociales.

El Plan Nacional de Prevención Integral y Control del Fenómeno Socio Económico de las drogas plantea brindar atención integral e intersectorial a las personas que presentan uso o consumo problemático de drogas. Se priorizan los grupos vulnerables, mediante líneas de acción que permitan ampliar la red de atención en salud, fortaleciendo la capacidad de respuesta de establecimientos que brindan tratamiento; mediante la adecuación y potenciación de los centros ya existentes y con equipos de profesionales cualificados. (UNODC,2003) Se aborda al fenómeno de las drogas desde una perspectiva de reducción de la demanda, con prioridad en la prevención integral, procurando el bienestar físico y mental de la población. Busca fomentar las relaciones intrafamiliares e interpersonales, así como el fácil acceso a información sobre riesgos y daños asociados al uso y consumo de drogas. Además, de fortalecen los factores de protección y minimizan los riesgos relacionados al fenómeno de las drogas en lo que respecta a la política de prevención y tratamiento, para las personas que se relacionan con las drogas en su uso y consumo.

Evolución de la política pública de drogas en Ecuador.

La historia de la política de drogas en Ecuador, se encuentra marcada por su legislación. Sus inicios se remontan a inicios del siglo pasado mediante una teleología caracterizada por un gradiente discurso del castigo, además de la ausencia de soberanía en sus debates. (Paladines, 2016) Una evolución de la política de drogas en Ecuador en una reseña histórica de las Políticas Públicas señalando que la primera política de drogas en Ecuador fue a inicios del siglo XX, cuando en el año de 1916 se emite la primera ley de control de drogas denominada "Ley del control del opio", en esta ley se hacía un enjuiciamiento moral a cualquier intento de consumo

de opio.

Para el año de 1924 se crea la “Ley sobre la importación, venta y uso del opio. Sus derivados y de los preparados de la morfina y la cocaína”. A mediados del siglo XX, año 1958 por primera vez se usa el término traficar en la “Ley sobre el tráfico de materias primas, drogas y preparados estupefacientes. Desde el año 1970, al promulgarse la “Ley de Control y Fiscalización del Tráfico de Estupefacientes” se penalizó el comercio de drogas. La Ley de Control y Fiscalización del Tráfico de Estupefacientes de 1970 (incluyendo las reformas a la misma introducidas en 1972 y 1974), enfatizaba los aspectos de salud pública relacionados con el consumo de drogas, ordenando que cualquier persona encontrada bajo la influencia de drogas ilícitas debía ser conducida directamente a un hospital donde se determinaría si se trataba de un individuo dependiente de las drogas. De comprobarse su dependencia, sería detenida en una instalación médica hasta concluir un programa de rehabilitación bajo supervisión de personal médico. (Rodríguez, 1997).

El Plan Nacional de Prevención del Uso Indebido de Drogas de Ecuador, vigente de 1981 a 1985, incluye el orden público sobre el tratamiento, y señalaba la importancia de tratar el tema de la dependencia a las drogas como un producto de males sociales específicos al interior de la sociedad ecuatoriana. Este plan vino acompañado de una campaña de prevención del consumo de drogas, denominada “Dile no a las drogas”, traducción de la campaña norteamericana “Just Say No” en 1984. (Álvarez. 2019). En 1987, el Congreso ecuatoriano con el auspicio del entonces presidente León Febres Cordero aprobó una nueva ley llamada Ley de Control y Fiscalización del Tráfico de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas. A partir de esta ley, las políticas ecuatorianas empiezan a reflejar el carácter más prohibicionista de los tratados internacionales desarrollados alrededor de esa época.

Las acciones para la aplicación del orden público tenían un papel tan importante como el de los esfuerzos de prevención. Esta ley también comenzó a aplicar severas sanciones por delitos de drogas. Esta ley dejó de abordar los problemas relacionados con drogas con una perspectiva de salud pública, y comenzó a equiparar las condenas de los delitos de drogas a los delitos de homicidios, lo cual produjo una desproporción entre el tipo del delito y el castigo, (Paladines.2016) La Ley de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas de Ecuador, conocida como Ley 108, promulgada en 1990, y sometida a posteriores cambios. Su importancia radica en que, durante al menos dos décadas, fue el principal instrumento legal en la “guerra contra las drogas”. Se constituyó en una legislación extremadamente punitiva que producía sanciones desproporcionadas con el delito, contradice garantías al debido proceso y viola los derechos constitucionales del acusado. Se enfocó en la aplicación del orden público y las presiones de

Estados Unidos llevaron a que el éxito de las políticas ecuatorianas sobre drogas se midiera por el número de personas encarceladas acusadas por delitos de drogas. (Paladines, En busca de la prevención perdida, 2016).

Ecuador se sumó a las reformas producidas en la década de los ochenta a lo largo y ancho de nuestra región, no como una mera casualidad, sino como fiel demostración de que detrás de la política doméstica hubo una hegemonía internacional en nombre de la “guerra contra las drogas” (Paladines, 2016). El conjunto de leyes e instituciones que creó el Estado ecuatoriano para enfrentar la problemática de drogas demostraron que el proceso de construcción y posicionamiento de la lógica punitiva como única alternativa para manejar la problemática de drogas y narcotráfico ha generado una inercia que mantiene en funcionamiento la maquinaria represiva, quedando al margen cualquier evaluación de política pública en materia de drogas. En segundo lugar, evidencia cuán cuestionable fueron desde el primer momento las políticas represivas de control de drogas en Ecuador y su poca utilidad. (Álvarez, 2019)

Con la ley 108, se creó el Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas (CONSEP), se desarrolló a partir de tres ejes de competencias, a) la generación y aplicación de la política para la prevención, b) el control y autorización de licencias para la comercialización; y, c) la administración de bienes incautados. (Paladines, 2016). El Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas (CONSEP), fue el instrumento de gestión que cohesionó la intervención del Estado y la sociedad en función de las principales esferas de abordaje de la problemática, a saber: oferta, demanda y desarrollo alternativo preventivo. Esta sería la herramienta fundamental de la política pública ecuatoriana, que se asume correspondiente a los principios constitucionales y al Sistema de Planificación del Estado (Isch, 2012)

Para el año 2014 se promulgó el Código Orgánico Integral Penal (COIP) se reformaron todos los tipos penales de drogas para admitir criterios de mayor proporcionalidad, pues Ecuador había pasado a ser uno de los países que establecían las penas más altas en la región. De haber tenido la tenencia o posesión una pena de 12 a 16 años con acumulación a 25 años (art. 62 Ley 108), ahora se establecen criterios que diferencian en cuatro bandas los tipos de tráfico e imponen la pena de 2 a 6 meses en los casos de mínima escala (art. 220 COIP). En menos de tres meses de su vigencia, más de dos mil personas recobraron su libertad como consecuencia de la aplicación del principio de favorabilidad. (Paladines, 2015).

Luego de las reformas al COIP que contempló disminución de las penas en delitos relacionados con drogas y con el establecimiento de una proporcionalidad de las penas (Álvarez, 2014), se deroga la ley 108 y en el mes de octubre del 2015 se expide 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. Esta ley implicó el cierre del CONSEP que fue sustituido por la Secretaría Técnica de droga SETED, creando un nuevo régimen institucional orientado a la prevención en el consumo.

La SETED nació con la misión de coordinar, articular, facilitar y controlar la implementación de procesos intersectoriales de prevención del tráfico y consumo de drogas, con un enfoque centrado en las personas. Para cumplir esta labor se organizó en tres áreas de gestión:

- 1) análisis prospectivo y de evaluación;
- 2) articulación de políticas de prevención de drogas;
- 3) control y administración. (Álvarez, 2019) En un contexto de desgaste político, manifiesto en las críticas expresadas a su gestión, la SETED fue cerrada mediante Decreto Ejecutivo 376, el 23 de abril de 2018.

Donde se estipuló la distribución de las actividades y responsabilidades de la SETED entre el Ministerio de Salud Pública y el Ministerio del Interior. Las políticas de drogas se han centrado tradicionalmente en los principios de disuasión, a través de duras leyes prohibiendo la producción, la distribución y el uso de drogas e imponiendo severos castigos en aquellos involucrados en el tráfico de drogas. Se creía que las amenazas de tales castigos reducirían, y eventualmente eliminarían el mercado global de drogas.

Eduardo Rodríguez (Rodríguez, 1997) al analizar “25 años de la salud en Ecuador” indica que en Ecuador existe una legislación sobre drogas desde 1916, basados en convenios y tratados internacionales. Solo a partir de 1961 se establece en la Convención Única, el tratamiento y rehabilitación de farmacodependientes, habiéndose adherido el Ecuador el 27 de agosto de 1964. En la Ley de Control y Fiscalización de Tráfico de Estupefacientes del 23 de noviembre de 1970, se crea el Departamento Nacional de Control y Fiscalización de Estupefacientes, encargado entre otros aspectos de prevenir y evitar, dar tratamiento y rehabilitación a personas que consumen drogas. (Rodríguez, 1997, pág. 96-102)

Del período de 1986 a 1991 en materia de drogas se habla de drogodependencia y se plantean como Políticas Públicas; Realizar actividades de tratamiento temprano y rehabilitación en enfermos psíquicos consumidores de drogas. Detectar tempranamente, tratar y rehabilitar a los consumidores de drogas como problemas secundarios a una enfermedad mental ya establecida, es el cuarto nivel de acción y el menos frecuente en cuanto a incidencia. También se crean tres unidades especializadas en la atención de farmacodependientes, adscritas al Hospital Psiquiátrico Julio Endara en Quito, Lorenzo Ponce de Guayaquil y Centro de Rehabilitación de Alcohólicos de Cuenca. Además, Desarrollar el sistema integral de tratamiento

y rehabilitación de farmacodependientes.

El uso y consumo de drogas se despenalizó en la ley 25 (RO No. 173 del 15 de octubre de 1997), el principal tema fue la despenalización de la tenencia de sustancias controladas para su propio consumo, es decir que los consumidores dejaron de ser transgresores en esta ley. Esta ley se codificó en el Suplemento del Registro Oficial No. 490 del 21 de diciembre del año 2004, mientras que la ley antes de ser codificada se publicó en el Registro Oficial No. 593 del 17 de septiembre de 1990, la cual tuvo varias reformas.

En el año 1996 se crea la Dirección Nacional de Tratamiento y Rehabilitación cuyo objetivo “planificar, autorizar, orientar, controlar. Capacitar, evaluar y supervisar los planes programas y proyectos inmersos en los organismos públicos y privados que estén atendiendo en las áreas de tratamiento, rehabilitación y reintegración social”, la cual realizó en 1997 un censo y supervisión de establecimientos que dan atención a farmacodependientes con un análisis de la situación de atención en el Ecuador. (Rodríguez, 1997). La Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas CICAD/OEA y la Organización Panamericana de la Salud. OPS/OMS en el año 1999 presentaron un Manual de “Normas de atención para el tratamiento de la dependencia a las drogas”. Guías y criterios básicos para el desarrollo de programas de evaluación de la calidad y normas para la atención de la dependencia a las drogas.

El objetivo primordial de este enfoque era lograr un mejor resguardo del acceso, equidad y calidad de la atención al adicto. Con la participación de un máximo posible de grupos interesados y la apertura del sector normativo y político al diálogo. se postula que sería más factible un monitoreo con propósito de cambio positivo por consenso. Abrió una oportunidad de prácticas, a veces aisladas, a un conocimiento de avance en cuanto a las diversas modalidades de tratamiento. Para el año 2012 la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) y el CONSEP, presentan el Manual de actividades alternativas para la prevención del uso de drogas. Manual que presentó una construcción de actividades que debía contar con la participación de los beneficiarios. El objetivo principal del folleto era proporcionar tanto a los jóvenes como a los adultos, los principios, los conocimientos básicos necesarios y algunos consejos prácticos que les permitan utilizar el deporte, la representación artística y el internet como actividades alternativas eficaces para prevenir el uso de drogas; como instrumentos útiles para la prevención del uso de drogas en la comunidad. En este mismo año se presenta el Plan Nacional de Prevención Integral; con la descripción de programas como:

- 1) Programa de Prevención Integral del Uso y Consumo de Alcohol, Tabaco y otras drogas;
- 2) Programa Nacional de Atención, Tratamiento y recuperación de personas con problemas de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas;

- 3) Programa Nacional de Reintegración Social;
- 4) Programa Nacional de Desarrollo alternativo de los grupos en situación de riesgo frente a la temática de las drogas;
- 5) Programa Nacional de Control Preventivo de Sustancias Catalogadas;
- 6) Sistema Nacional de Información.

Se trató de implementar un Sistema Nacional de Prevención Integral con un enfoque centrado en el ser humano y con una visión intercultural acorde con la diversidad geográfica, cultural y lingüística, a través de la creación de una Red Nacional conformada por instituciones públicas, organismos privados y sociedad civil como herramienta operativa del Sistema Nacional de Prevención Integral. Desde el año 2015, El Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas (CONSEP) fue reemplazado por la Secretaría Técnica de Drogas (SETED) con la entrada en vigencia 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", a partir de enero de 2016. Con el Decreto No. 376 del 26 de abril del 2018, el Gobierno del presidente Lenin Moreno suprime la SETED.

Actualmente, le corresponde al Ministerio de Salud Pública las aplicaciones de la Ley Orgánica de Prevención Integral del Fenómeno Socio Económico de las Drogas y de la Regulación y Control del Uso de Sustancias Catalogadas sujetas a Fiscalización, como consta en el mencionado decreto, donde el presidente dispone que Ministerio de Salud ejerza “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”, para dirigir las tareas de coordinación, gestión, investigación, seguimiento y evaluación de las Políticas Públicas y planes formulados por el Comité Interinstitucional.

El Comité está presidido por el ministro de Salud, como delegado del primer mandatario de la República, y conformado por los delegados de los ministerios de Justicia, Educación, del Interior, Inclusión Económica y Social y del Deporte. Al Ministerio del Interior se responsabilizó de asumir el control de todo lo relacionado con las actividades ilícitas, inclusive de emitir las tablas de escalas del tráfico, emitido en el Decreto Ejecutivo 42 del 3 de julio del 2018.

A criterio de Daniel Gudiño experto en Gobernanza Regional, Seguridad y Paz, fue un error haber eliminado la SETED “Contribuyó a que tengamos un Estado incapaz de atender las necesidades de la política pública de drogas, al eliminar una entidad que tenía la función específica, recolectar estadística científica y plantear recomendaciones a la política pública en función de eso. Ahora tenemos muy poco acceso a estadísticas, a información científica probada y no existe la condición para formular una política de drogas en base a evidencia científica”

(Farfan, s.f.)

La actuación del Gobierno de Lenin Moreno, abandonó la ejecución de políticas públicas en materia de drogas al cesar a instituciones técnicas que realizaban este trabajo. Esto se ve principalmente en la atención en salud a personas con consumo de drogas, la cobertura es casi inexistente por parte del Estado. Y la población de escasos recursos económicos no tiene un acceso oportuno en salud; pues se observa que para el tratamiento a personas consumidoras de drogas no se toma en cuenta las diferencias por niveles de ingresos y clase social, sexo y género, edad, lugar de residencia, condición de migrante u origen étnico.

CAPÍTULO III

Centros especializados en tratamiento a personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas (CETAD)

Protección a personas con problemas de adicción.

La atención a personas que tienen problemas con el uso de drogas, debe darse con abordajes integrales, que tomen en cuenta a la persona en su totalidad sin descuidar las significaciones de los aspectos socioculturales, psicológicos y biológicos. Un modelo integral debe permitir construir una red formal de servicios que garantice el derecho a recibir una atención para todo el mundo, con intervenciones basados en fundamentos científicos y conocimientos sistemáticos de las realidades locales, guiadas por las buenas prácticas, el reconocimiento de las libertades y los derechos, la apertura de mecanismos de participación social, orientados a la autonomía e inclusión activa de la población, y provistos de la capacidad de la evaluación continua de las respuestas proporcionadas. (Riod, 2019, págs. 1-33)

El Estado ecuatoriano asume la responsabilidad de proteger la salud de las personas con problemas de adicción o dependencia a las drogas y en tal sentido regula los servicios de tratamiento y recuperación, públicos y privados. (CRE, 2008, pág. Art.361 y 364). En el marco de la política de atención integral en salud mental y con el fin de garantizar una mejor calidad de vida a la población afectada por el consumo problemático de alcohol, tabaco y otras drogas, el Ministerio de Salud Pública determinó la creación (CETAD) como Centros especializados para el tratamiento a personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas (CETAD), incluye Casa de Acogida y Tratamiento para adolescentes. (MSP, Acuerdo 000080, 2016)

Los CETAD constituyen centros especializados para tratar el consumo de drogas de las personas con consumo problemático. Pertenecen al tercer nivel de atención dentro del sistema de atención en salud en un primer nivel de complejidad por lo cual son centros especializados. Sus servicios van destinados a temas de prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, reducción de daños, inclusión e integración social a personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas, ofreciendo una atención integral en modalidad de tratamiento residencial, cumpliendo procesos terapéutico individual, grupal y familiar con seguimiento continuo para observar la evolución de los usuarios.

Con políticas de prevención y tratamiento, buscan reducir los daños colaterales asociados

al consumo de drogas como la criminalidad y la transmisión de infecciones. La regulación del consumo de drogas no busca promover o ser tolerante o indiferente ante el consumo de estas sustancias, sino que, por el contrario, busca usar las herramientas de política adecuadas para prevenirlo y tratarlo. En Ecuador, la atención de salud mental se da en la Red de servicios del Ministerio de Salud Pública (MSP).

No existe mucha información disponible respecto a la historia de los centros de rehabilitación en Ecuador, o de los servicios de salud para tratar el problema de la adicción. “Las adicciones han sido tratadas como tema de la psiquiatría”. (Ann, 2012) El primer centro residencial en Ecuador es el Centro de Reposo y Adicciones de Cuenca. El centro se fundó por un grupo de la Universidad de Cuenca en 1967 y fue designado por el Ministerio de Salud en 1982 como el “centro nacional en alcoholismo” (Centro de Reposo y Adicciones, 2012). A finales de los setenta, se abrió el primer centro conocido privado e independiente especializado. En el año 1978, el doctor Rafael Velasco Terán inauguró una “clínica de recuperación” en el Valle de los Chillos cerca de Quito como la primera clínica “drogadictos y alcohólicos”.

En el año 1984 se crea la primera comunidad terapéutica establecida en Ecuador para pacientes alcohólicos y drogadictos y a sus familiares, fundador el Dr. Rafael Velasco quien en el año 1986 presidió la Fundación RENACER en Guayas que brindaba atención a personas de escasos recursos. En la década de los 90 se abrieron más clínicas de recuperación siendo el CONSEP la institución encargada de la regulación de los centros. Dentro de las clínicas de más de 40 años de funcionamiento están la Clínica San Juan de Dios en el Valle de los Chillos de Quito, Nuestra Señora de Guadalupe en Quito, el Hospital Psiquiátrico Sagrado Corazón al norte de Quito (que también es parte de Nuestra Señora de Guadalupe), y la clínica de adicciones del Instituto de Neurociencias en Guayaquil son centros para el tratamiento de adicciones de los más antiguos del país. El Hospital San Juan de Dios empezó aproximadamente en el año 1985, y la Unidad de Alcoholismo y Farmacodependencia en el Instituto Psiquiátrico de Sagrado Corazón, forma parte de un hospital que lleva más de cuarenta años en operación (Ann, 2012, págs. 139-173)

Datos del CONSEP y el Ministerio de Salud Pública de los últimos diez años, resaltan la falta de regulación y la frecuencia de violaciones de los derechos humanos en general. Según el análisis de estos datos, indican que hasta 2010 existían 205 centros de rehabilitación que estaban registrados, de los que un 70,25% (144) “tenía información contradictoria que refleja

irregularidades o que carecen de datos”. Cerca del 61,97% (125) de esos establecimientos “no tiene información sobre el permiso de funcionamiento”. Sólo 4,88% “registra que está en buenas condiciones”. El 54,15% (102) “no registra información sobre su situación legal”. Además, según CONSEP y el Ministerio de Salud, hay 27 denuncias contra varios centros en Pichincha, Carchi, Manabí, Napo, Loja, y Esmeraldas, incluyendo 16 denuncias por “maltrato físico y psicológico, internamiento forzado, irregularidad de profesionales, no cumplen con los requisitos, tienen funcionamiento ilegal, existe hacinamiento, abuso sexual, trabajo forzado, corrupción, falta de servicios, medicalización forzada, e incluso un caso de estrangulamiento” (ALER 2012, citado en Wilkinson, 2012)

De lo expuesto se evidencia que en el caso del tratamiento a personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas, antes del año 2012 existió proliferación de centros privados a causa de la falta de regulación y control, así como la falta de servicios públicos para el tratamiento del consumo problemático, lo que aumentó el estigma alrededor de la persona que usa o consume drogas. A consecuencia de esto, en dichos centros se vulneraban derechos humanos de las personas ingresadas, se brinda atención no profesional, sin bases técnicas ni éticas, además que existe una predominancia de la internación involuntaria. Lamentablemente, el centro de tratamiento para adicciones se ha convertido en un negocio lucrativo en el ámbito privado, lo cual ha favorecido su proliferación. Por lo tanto, es el Estado por medio de la Autoridad Sanitaria Nacional trabaja en fortalecer el control y vigilancia de estos centros y brindar atención integral a personas que usan o consumen drogas.

A partir del año 2012 cuando entra en vigencia el Acuerdo Ministerial (MSP) No, 767 se presentan lineamientos de regulación para los Centros de Recuperación (CR). Los parámetros estipulados en este documento solicitan estándares muy altos en lo referente a funcionamiento y estructura de los centros, Así como exigencia en la formación y experiencia del perfil de profesionales y operadores, Desde este momento se generaron cambios en las atenciones terapéuticas en los centros de recuperación para personas con consumo problemático de drogas.

Se podría decir que desde esta política pública impuesta se evidenció las falencias de los servicios prestados tiempo atrás, lo cual se puede considerar como algo positivo para garantizar la atención y servicio a las personas con problemas de adicción, que se muestra en el siguiente cuadro.

Reglamento para la regulación de los centros de recuperación para tratamiento a personas con adicciones o dependencias a sustancias psicoactivas.

Norma.	Acuerdo Ministerial 000767 del MSP (2012) Reglamento para la regulación de los centros de recuperación para tratamiento a personas con adicciones o dependencias a sustancias psicoactivas
Objetivo	Establecer normas para la calificación, autorización, regulación, funcionamiento y control
Denominación	Centros de Recuperación (CR)
Funciones	<ul style="list-style-type: none"> - Diagnóstico y tratamiento con Norma MSP - Licenciamiento nivel local - Permiso anual - Cumplir NTLCC (Normas Técnicas para el Licenciamiento y Calificación de CR). - Profesionales de la salud - Programas y protocolos aprobados por el MSP nivel Provincial y Distrital - Permiso e Informe de MSP - Propuesta de Equipo Profesional y Técnico - Nómina de todos los profesionales cumpliendo perfiles del NTLC - Permisos Municipales - Reglamento interno, códigos, HC y demás instrumentos.
Control y vigilancia	MSP - CTIN(Comisiones Técnicas Interinstitucionales)
CTIN	<ul style="list-style-type: none"> - Ministerio de Salud Pública. - Ministerio de Justicia, Derechos Humanos y Cultos. - Ministerio del Interior. - Ministerio de Inclusión Económica y Social. - Defensoría del Pueblo. - Fiscalía General del Estado. - CONSEP.
Funciones CTIN	<ul style="list-style-type: none"> - Reuniones trimestrales convocadas por el MSP - Analizar situaciones de CR a nivel nacional - Vulneración de derechos - Adopción de políticas, planes y acciones conjuntas para la prevención, recuperación, rehabilitación y reinserción. - Investigación de casos de corrupción MSP - CR

Fuente: Acuerdo ministerial No. 000767 MSP (2012)

Aquí es importante señalar que los establecimientos de salud que prestan servicios de tratamiento a personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas (ESTAD), son establecimientos de salud que realizan actividades destinadas a la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, reducción de daños, inclusión e integración social a personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas. (MSP.2016). Desde el año 2012 se regula de manera más estandarizada a los centros para tratamiento para personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas(CETAD), dentro del tercer nivel de atención. En el primer nivel de complejidad, reconociéndolos como centros especializados para un tratamiento específico, ubicándolos en Categoría III – 1; por lo que si se justifica los altos estándares de calidad en atención, servicios e infraestructura.

(ESTAD)
Categorización por nivel de complejidad

NIVELES DE ATENCION	NIVELES COMPLEJIDAD	CATEGORIA ESTABLECIMIENTOS DE SALUD	NOMBRE	HOMOLOGACION
Segundo Nivel de Atención.	2do nivel de complejidad	II-3	-Centro clínico ambulatorio (Hospital del día)	Centro ambulatorio para el tratamiento a personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas (CATAD)
Tercer Nivel de Atención	1er nivel de complejidad	III-1	-Centros Especializados	Centros especializados para el tratamiento a personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas (CETAD), incluye Casa de Acogida y Tratamiento para adolescentes.
Tercer Nivel de Atención	2do nivel de complejidad	III-2	-Hospital especializado	Hospital especializado en salud mental que prestan servicios e tratamientos a personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas (HESM)

Fuente: Acuerdo Ministerial No. 000080 MSP (2016)

Los mecanismos que brinda el Estado para el tratamiento de consumo problemático de drogas buscan mejorar la calidad de vida de la población en general. En Ecuador en el primer semestre del año 2017 se registraron 15.914 atenciones ambulatorias relacionadas al consumo de drogas. De estas atenciones 12.530 (78,74 %) fueron hombres y 3.384 (21,26%) mujeres. La población entre 18 y 25 años de edad tuvo la mayor concentración (38,30%). Con respecto al número de atenciones según el tipo de droga, se observó: atenciones por consumo de heroína 27,97%; múltiples drogas 16,72%; y, por consumo de alcohol 14,40%. En este sentido los egresos hospitalarios en cuanto al consumo de drogas en el año 2015 fueron 3.515 casos y los egresos relacionados al consumo de alcohol representaron el 48%. (SETED, 2017 - 2021)

Más allá del sector salud, también existe vinculación con el sistema de justicia penal, y los sectores de desarrollo social y educativo, entre otros. Asimismo, debe existir coordinación con las universidades y demás instituciones educativas donde se forman los diversos profesionales, como los del área de la salud principalmente. (Alvarado M, Hynes M, Cumsille

F, 2018) El Ministerio de Salud Pública de Ecuador en el año 2019 estimó que 620.662 personas entre 12 y 65 años consumieron alguna droga. 68.273 personas que consumían drogas requerían algún tipo de tratamiento. De ellos, el 80 % (54.618) recibieron tratamiento ambulatorio; 15% (10.241) recibió tratamiento ambulatorio intensivo y el 5% (3.414) tratamiento residencial. De igual manera se incrementó la oferta de servicios públicos entre el año 2014 y 2018. Así en servicio ambulatorio en el año 2014 paso de 74 a 743 en el año 2018. El servicio ambulatorio intensivo de 0 atendido en 2014 pasó a 48 en el 2018 y en número de camas (CETAD) pasó de 74 camas en 2014 a 473 camas en el año 2018. (SETED, 2017)

En el Ecuador el área de salud mental aplica un Modelo de Atención basado en el denominado MAIS, Modelo de Atención Integral de Salud, con enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural. (MSP, MAIS, 2014) La atención para personas que consumen drogas se resume en un modelo que tiene cuatro fases: ambulatorios general e intensivo, residencial y atenciones de emergencia. El ambulatorio general es un servicio de psicología, al que se accede en 743 centros de salud del país o a través de médicos comunitarios. Este nivel capta los casos y elabora los diagnósticos iniciales. De esa primera evaluación dependerá si el tratamiento avanza a un ambulatorio intensivo. Esta fase se oferta en 48 centros de salud, en espacios especializados en psiquiatría. En esta etapa define si se pasa a los CETAD (hay 12 públicos). Antes del ingreso se trabaja en la “voluntariedad y adherencia” a la terapia. Una cuarta fase se activa en 46 unidades de salud mental hospitalarias, en el país. Atienden casos de emergencia, por sobredosis o síndrome de abstinencia en un lapso de 21 días. (El Comercio, 2019)

De acuerdo con la información otorgada por el Ministerio de Salud Pública, para determinar que una persona tiene algún problema relacionado al consumo de sustancias psicotrópicas y estupefacientes, debe pasar por una valoración del equipo del Servicio Ambulatorio Intensivo de Salud Mental (médico psiquiatra o familiar y psicólogo). Estos determinarán si la persona responde a un criterio de diagnóstico que debe estar comprendido entre los criterios CIE 10 (Clasificación Internacional de Enfermedades) que establecen los trastornos mentales según el tipo de consumo.

Los centros deben atender pacientes de un mismo sexo, sean: adolescentes, o adultos, por lo que no podrán constituirse centros mixtos. En el territorio ecuatoriano existen 12 CETAD públicos donde se encuentran en tratamiento 334 personas en modalidad residencial. La capacidad de los mismos es de 473 camas, que brindan al año atención para 946 usuarios. (El Telégrafo, 2019). Los centros de atención privados reconocidos por la autoridad sanitaria son 40. De igual manera, dentro del contingente humano que forma parte del sistema público de salud que atienden a pacientes con este diagnóstico están 810 psicólogos a nivel nacional y 72

psiquiatras que constan como profesionales de salud mental. (MSP.2018)

Fernando Naranjo y David Jaramillo en su estudio “Costo del fenómeno de las drogas en Ecuador en 2015” señalan que el año 2015 el costo estimado anual del fenómeno de las drogas correspondió a 214.029,337,75 (USD). De este valor los costos gubernamentales directos para reducir la oferta y la demanda de drogas asciende a 46.808.370,96 (USD); de estos valores el 42% tiene que ver con la manutención o rehabilitación de personas procesadas o sentenciadas por delitos relacionados con drogas; el 36% con programas de prevención; el 14% con la articulación de modelos de atención integral por consumo problemático de drogas; y el 8% con el control de la oferta de entidades adscritas al Ministerio del interior. (SETED, 2017)

Las atenciones ambulatorias por causas relacionadas a droga, ya sea por morbilidad fueron 99.855 y atenciones por prevención fue de 20.865. Los gastos de atención en salud se estimaron en 10.015.799,47 (USD): El costo de atenciones ambulatorias por consumo de alcohol y otras drogas en el sector público alcanzó los 2.096.906,40 (USD) de un total de 120.720 atenciones con un costo de 17,37 (USD) por concepto de evaluación inicial. Y en el sector privado alcanzó los 2.400.718,40 (USD) de un total de 80.480 atenciones con un costo de 29,83 (USD) por concepto de evaluación inicial. Mientras el costo por tratamiento residencial por consumo de alcohol y otras drogas en 2015 en Centros de Rehabilitación a nivel nacional, en el sector público fue 1.451.419,20 (USD) por atención a 476 personas; y de 1.611.603,51 (USD) por la atención de 1797 personas en el sector privado. Con un costo total de 3.063.022,71 (USD). Determinando un valor de USD 42 por día de estadía en los centros de tratamiento. Análisis basado en los Costos de los CETAD. (SETED, 2017)

En el Plan Estratégico Nacional de Salud Mental (PNSM) que es el instrumento que el Estado utiliza para organizar la Salud Mental y sus actores, tanto públicos como privados, y proveer de orientaciones que permitan avanzar hacia el logro del acceso equitativo y oportuno a los servicios de Salud Mental. La PNSM es una Estrategia de carácter necesariamente intersectorial, pero que debe estar orientada por la Autoridad Sanitaria Nacional y complementa el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) señala que este Plan busca intervenir en la atención integral a usos/consumo de alcohol, tabaco y otras drogas como parte de la Salud Mental de la población, con un enfoque no solo individual sino comunitario. (MSP, 2014).

Sin embargo, la situación de salud mental en el Ecuador ha sido fragmentada y segmentada, las instituciones se enfocan en una atención psiquiátrica. Existen solo 2 hospitales que dependen del MSP y se encuentran en sectores urbanos. Existen pocos profesionales de psiquiatría y psicología a nivel nacional, no existen servicios de salud mental en todas las provincias. Las instituciones privadas brindan atención psiquiátrica enfocada en adultos

mayores, personas con consumo problemático de drogas, atención de salud mental ambulatoria y de internación con énfasis en consumo problemático de drogas.

Y si se refiere a usos y consumo de drogas, el Estado actualmente no cuenta con espacios habilitados para brindar atención integral a las personas que usan o consumen drogas y no puede garantizar una atención oportuna. Los centros de recuperación privados, en términos generales, ofrecen tratamientos que no está al alcance de todos los usuarios, Estos problemas vienen de la mano de una escasa rectoría del Estado al momento de brindar atención integral de salud para personas que usan o consumen drogas. Además, esta oferta de servicios es insuficiente en número, el personal no se encuentra capacitado y no cuenta con una red de atención integrada de servicios salud para abordar este fenómeno. Se mantiene el estigma quienes usan y consumen drogas en la familia, instituciones educativas y comunidad. (MSP.2014)

Para la Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada, (ACCESS) en Ecuador existen 39 CETAD con su respectivo licenciamiento. Esto les califica porque cumplen con los estándares mínimos necesarios para funcionar. Los centros que están en proceso de obtener el documento continúan ofreciendo sus servicios, mientras que otros trabajan en la clandestinidad. (El Telegrafo, 2019)

Centros Calificados

Azuay	15
Guayas	7
Los Ríos	5
Pastaza y Manabí	2
Cañar, Imbabura, Napo, Sucumbíos, Tungurahua, Santo Domingo de los Tsáchilas, Pichincha, Santa Elena, Esmeraldas	1
Total	40

Fuente: MSP febrero 2019 (MSP, 2019)

Azuay es la provincia que más centros con licenciamiento tiene (15), seguida por Guayas con 7. Los Ríos con 5 centros. Pastaza y Manabí con 2. Cañar, Imbabura, Napo, Sucumbíos, Tungurahua, Santo Domingo de los Tsáchilas, Pichincha, Esmeraldas y Santa Elena tienen un centro. Con un total de 1319 camas.

Según El Comercio de fecha 14 de enero del 2019 en el Ecuador existen Centros de Recuperación en Tratamiento de Adicciones en 8 provincias: 3 centros en Guayaquil, con 91 camas; Quito 2

centros, con 70 camas, Puyo 2 centros, con 108 camas; Esmeraldas un centro, con 68 camas; Portoviejo un centro, con 33 camas; Santa Elena un centro, con 39 camas; Otavalo un centro, con 24 camas y Gualaceo un centro, con 40 camas, de los cuales 4 centros no tienen permiso según ACCESS. (Comercio, 2019).

Licenciamiento a los CETAD.

En el año 2012 siendo ministra de Salud Carina Vance emitió el Acuerdo 767, Reglamento para la Regulación de los Centros de Recuperación para Tratamiento a Personas con Adicciones o Dependencias a Sustancias Psicoactivas (CR), (MSP, Acuerdo 767, 2012). Con esta norma se dio importantes pasos en materia de vigilancia y control social en los Centros de Recuperación. Sin embargo, esta norma fue reformada en el año 2016 con la Resolución 080, siendo ministra de Salud la Dra. Margarita Guevara. (MSP, Acuerdo 000080, 2016) Los aportes más representativos en esta resolución tal vez fueron: Necesidad de mayor personal calificado y capacitado (Art.12). Los tratamientos deben realizarse con métodos basados en CIE 10 (Clasificación Internacional de Diagnósticos de Trastornos Mentales y del Comportamiento) cumpliendo con un “Programa Terapéutico” (Art 17). La internación debe ser el último recurso de estrategia terapéutica, debe ser justificado, voluntario y el tiempo no deberá ser mayor a seis meses consecutivos. (Art. 16). La figura de terapia vivencial tiene mayor especificidad: solo podrá realizar charlas grupales de motivación, previa autorización del responsable técnico y bajo su supervisión, por un tiempo máximo de diez horas semanales.

La Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada ACCESS es la encargada de ejercer la regulación técnica, control técnico y la vigilancia sanitaria de la calidad de los servicios de salud; públicos, privados y comunitarios, con o sin fines de lucro, de las empresas de salud y medicina prepagada, así como del todo el personal de salud. (MSP, Decreto 703, 2015).

Actualmente para cumplir con el proceso de licenciamiento de establecimientos del sistema nacional de salud se encuentra vigente el Reglamento para su aplicación según el Acuerdo Ministerial No. 00004915 del 8 de julio del 2014 en donde se detallan todos los pasos a seguir para la obtención de un certificado de Licenciamiento que permite obtener el permiso de funcionamiento de todos establecimientos de salud del país.

Previo a la obtención de Licenciamiento, los CETAD deben cumplir una lista de requisitos de estricto cumplimiento basados en el Reglamento para la Regulación de los Centros de Recuperación para Tratamiento a Personas con Adicciones o Dependencias a Sustancias Psicoactivas (CR) y presentación de un Programa terapéutico. El programa terapéutico es un

tratamiento para personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas, se realizará con métodos de evaluación y tratamiento integral individualizado, basado en el Diagnóstico de Tratamientos Mentales y del Comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas, mediante el manejo de la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE – 10 “Art. 15 del Acuerdo Ministerial 080 año 2016). Se debe describir una guía de tratamiento, rehabilitación e integración social en donde incluye la descripción del modelo terapéutico: tipos de terapias incluido terapias de apoyo (ocupacional, espiritual, recreacional, vivencial, entre otras) y descripción de las fases de tratamiento: 1) Evaluación y diagnóstico. 2) adaptación y motivación. 3) rehabilitación e integración social y 4) Seguimiento y evaluación.

Los principales componentes que se evalúa para el Licenciamiento son: Infraestructura (ambiente e instalaciones) equivalente al 30% de la evaluación; Equipamiento (Equipos e instrumental, Mobiliario General y específico) 30%; Talento Humano (Asistencia, Apoyo Técnico Administrativo) evaluado con 30%; y, la Normativa 5% que corresponde a los Protocolos, guías terapéuticas, manuales, instructivos y convenios. Existen parámetros de calificación para licenciamiento: CETAD califica una puntuación entre 85% y 100% obtiene LICENCIAMIENTO; si califica con 70% a 84%. Obtiene una LICENCIA CONDICIONADA; y, si califica de 0% a 69% NO tiene LICENCIA.

A partir del año 2017 la (ACCESS) incluye nuevos requisitos para permisos de funcionamiento de los Citados. En el país había 101 establecimientos que brindaban tratamiento a personas con consumo problemático de alcohol, con los nuevos requisitos se redujeron a 39 centros especializados. Los representantes de los Centros están de acuerdo con las regulaciones, pero indican presentan dificultades para cumplir con los aspectos de infraestructura, personal y equipamiento, consideran que necesitarían más de 80.000 dólares por centro para cumplir con requisitos, lo cual aumentaría costos de mensualidades y esto incide en la proliferación de centros ilegales “habría unos 308 centros ilegales que han proliferado” en la provincia del Guayas (El Comercio, 2019)

El lineamiento que se debería seguir, en los CETAD regentados por el Estado, con el cual conseguir resultados de integración social es el del modelo integral comunitario, el cual incorpora el contexto en el que se dan las prácticas de consumo y apunta, por consiguiente, a prevenir, anticipándose a los efectos que dichas condiciones pueden ocasionar. Por este motivo, su énfasis se ubica, fundamentalmente, en el enfoque de prevención inespecífica, al que amplía con los desarrollos de la promoción de la salud. Este enfoque considera a la salud como un recurso para la vida, no como el objetivo de la vida. Se trata de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales, y no solo las condiciones físicas. (Camarotti&Kornblit,2015)

En los últimos años, llama la atención que en los medios de comunicación se hace referencia a existencia de clínicas clandestinas que brindan atención a jóvenes con problemas en consumo de drogas, establecimientos que principalmente proliferan en sectores y zonas marginales de la ciudad de Guayaquil. Son pequeñas casas, con ventanas sin vidrios, con rejas de metal, techo de láminas de aluminio, cuatro habitaciones pequeñas, donde duermen en colchones sucios, cordeles sostenidos con clavos, servían para colgar la ropa. En la cocina no había refrigeradora, papas y racimos de verdes en el piso junto a tachos de basura, baños sin jabón. Era una clínica clandestina en donde vivían y atendían a 60 jóvenes entre 17 y 30 años que tenían problemas de consumo de drogas y llegaron a ese sitio para supuestamente iniciar un proceso de rehabilitación. Este lugar fue clausurado a mediados del 2020. La clínica operaba en Bastión Popular, sector donde se han detectado otros cuatro centros ilegales. La Policía y la Agencia de Aseguramiento de la Calidad de Servicios de Salud y Medicina Pre pagada (ACCESS) dicen que las mafias que están detrás de estos negocios ilícitos buscan barrios populares para montar estos servicios. Desde el 2018 a marzo del 2021 se han clausurado en Guayaquil 103 establecimientos. (Medina, 2021)

En su artículo “El intrincado camino de la rehabilitación de drogas en Ecuador” Gabriela Pinasco (Pinasco, s/f), señala la problemática de los CETAD, aclarando que por situaciones socio económicas no toda la población puede acceder a beneficios gratuitos. En centros privados las tarifas mensuales ascienden de 800 a 1000 dólares, por lo que la demanda de los centros clandestinos va en aumento. Para las personas que dirigen estos centros de rehabilitación, el modelo de CETAD instaurado por el gobierno no es rentable, La infraestructura tiene alto costo, el pago al talento humano no se puede sostener por lo que suben los costos de un tratamiento de adicciones. En los centros privados. Además, existe demora para acceder al licenciamiento que otorga la ACCESS y el apoyo del Estado se limita al asesoramiento para obtener licenciamiento. Para los directores de los centros se deberían reformar los requisitos que solicita el ACCESS a los Ciudadanos porque no responden a la realidad social que vive el Ecuador, consideran que los procesos que solicitan no son técnicos ni prácticos, porque es el Estado quien debe responder por la rehabilitación y la prevención del consumo de drogas y no los centros de recuperación privada.

Para obtener licenciamiento se debe cumplir con los requisitos de una matriz, que para muchos centros no se adapta a la realidad del país. Ítalo Villavicencio, director de Censico (Guayaquil) y presidente de la Asociación de Propietarios de Centro de Tratamiento de Adicciones del Ecuador (APTAE), que integra 29 centros, indica que las exigencias del ACCESS responde a normativas internacionales que el país sería casi imposible cumplir o elevarían los

costos de las mensualidades en los centros de tratamiento por encima de los mil dólares. (Viña, 2019)

Son muchas las limitaciones en los sistemas generales de atención y la demanda derivada de la insuficiencia, continúan conformándose centros residenciales que no muestran profesionalismo. Presentan un servicio de aparente auto-ayuda, pero que, en realidad, reflejan procedimientos para la conversión ideológica. Algunos dependen de organizaciones religiosas establecidas, otros de grupos sectarios más o menos clandestinos y algunos de organizaciones cuya finalidad y misión es la de explotar a las personas. Gran parte de estos centros son ilegales, en particular si consideramos las leyes relacionadas con derechos humanos básicos y derechos formales de ciudadanía. ¿Quién es el responsable de esta situación? Pues claramente los sistemas generales incapaces, por su propia lógica, de asumir la existencia de estos colectivos y sus problemas particulares, así como su incapacidad para ofrecer respuestas eficaces. (Comas, 2010, págs. 28-41)

En este sentido se puede observar que el problema de acreditación propone un protocolo que es específico para las Comunidades Terapéuticas ajustados a las características y necesidades de los servicios que prestan, por lo que se muestra muy exigente y resulta de difícil aplicación por los altos costos que implican pagos a talento humano y adaptación de infraestructura necesaria para el bienestar de las personas que requieren tratamiento por consumo de drogas, Tal vez es momento de hacer reformas y buscar otros modelos de atención alternativos que no sea solamente la permanencia a tiempo completo de la población en los centros de rehabilitación.

Finalmente se puede observar que la realidad de las Políticas Públicas que se aplica en los Centros Especializados en el tratamiento a personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas dentro del Sistema de Salud Pública en el Ecuador es segmentada y desequilibrada en tanto recursos, infraestructura atenciones y modelos de intervención, con un acentuado marco normativo regulatorio emitido por el Gobierno central. El gobierno ejerce su rol con la aplicación de política pública en los centros de tratamiento para personas con consumo problemático.

Si el consumo de drogas es un hecho complejo que no se puede abordar de un modo aislado de los contextos sociales en los que se presenta. Lo que lleva a requerir respuestas creativas y flexibles que completen una mirada bio-sico-social en la que converja tanto las perspectivas económicas, sociales, psicológicas, culturales y médicas del abordaje teórico y práctico, como las provenientes de experiencias y lecciones aprendidas.

En este trabajo con la realización de esta investigación que se apoyó en observaciones realizados en CETAD de la ciudad de Quito, se analiza los enfoques desde los que aplica la

política pública planteada desde el órgano regulador del Estado, el Ministerio de Salud Pública, se observó cómo se aplican políticas de tratamiento en los siguientes centros de atención:

- Centro de Atención Juvenil “La Dolorosa” Padres Capuchinos. (atención a población adolescente femenino y masculino).
- CETAD Puma Maqui (atención a mujeres adolescentes)
- CETAD Dirección Distrital MSP 17D04 (atención género masculino adulto)

Centro de Atención Juvenil “La Dolorosa” - Padres Capuchinos. (atención a población adolescente femenino y masculino).

Es un centro especializado en atención a adolescentes que tienen dificultad en el consumo de drogas, perteneciente al Estado Ecuatoriano, bajo la dirección y administración de los Religiosos Terciarios Capuchinos. Ubicada en la Ferroviaria sector sur de la ciudad de Quito, atiende adolescentes tanto hombres como mujeres en instalaciones separadas. Aceptan adolescentes entre 14 y 18 años de edad. La atención también está dirigida para la familia de los adolescentes que se encuentran internados. Se basa en la formación humana, capacitación laboral, participación e inclusión social, atención profesional, involucramiento a la familia y apoyo interés interinstitucional.

El Centro Juvenil “La Dolorosa” fue la primera comunidad terapéutica creada para adolescentes con enfoque de COMUNIDAD TERAPEUTICA en el año 2008 específicamente para atender a género masculino de ese entonces. Si bien es cierto no estaba contemplada como un CETAD era un programa destinado a atender diagnóstico de jóvenes con problemática de adicción específicamente en farmacodependencia, el asunto que no era un CETAD porque estaba cobijado bajo el Ministerio de Inclusión Económica y Social y la rectoría que tienen los CETAD es del Ministerio de Salud. Pero la estructura, el diseño metodológico, pedagógico, terapéutico, en definitiva, integral obedecía a la estructura de un centro especializado en adicciones. (M. Estrella entrevista 9/10/2021)

Según datos de El Comercio, (2013), el Centro de Orientación Juvenil La Dolorosa, es una fundación que forma parte de la congregación de los Terciarios Capuchinos en el Ecuador. Su trabajo consiste en brindar ayudar a jóvenes que tienen problemas con la adicción, conflictos familiares, o maltrato familiar. El Centro de Orientación Juvenil y de Convenciones "La Dolorosa", fue inaugurado en el 2007. Este Centro brinda capacitación laboral a adolescentes y jóvenes que quieran y necesiten aprender, a través de cursos intensivos de formación en distintos oficios: computación, escuela

restaurante, carpintería, mecánica de soldadura, arreglo de electrodomésticos, panadería, belleza y corte y confección. El Centro cuenta con siete programas de ayuda social: El Centro de orientación juvenil, La Comunidad Terapéutica, Residencia juvenil, Salud preventiva, Centro de convenciones, Centro de protección, Apoyo policial. Para lo realización de los programas cuenta con el apoyo de instituciones reguladoras como MIESS, SECAP, MSP, CONSEP, POLICIA, COMPINA Y TERCEARIOS CAPUCHINOS.

Dentro de los programas que lleva a cabo del Centro de Orientación “La Dolorosa” es ofrecer ayuda, capacitación y atención profesional a personas que tienen problemas con drogas o sustancias psicoactivas y que les ocasionado problemas a nivel individual, tanto en la familia, la escuela o lugares donde residen, es por ello que la organización creó programas de atención a niños y adolescentes que presentan estos inconvenientes, pero para llevarlos a cabo necesitó la coordinación y aprobación de la entidad reguladora.

Los objetivos del centro están encaminados a: 1) Recuperar el proceso formativo. 2) Prevenir daños mayores y sanar aspectos negativos del pasado. 3) Educación personalizada. 4) Aprendizaje de un oficio. 5)Proceso paralelo con las familias. Este centro ha diseñado la siguiente propuesta Metodológica: El ingreso al Centro de Orientación Juvenil es VOLUNTARIO, en acuerdo y compromiso con la familia y el adolescente. El tiempo para el desarrollo del programa es de unas 44 semanas equivalentes a 1760 horas en horario diurno de 8 a 17 horas; sin embargo, hay actividades establecidas desde las 5 horas en la madrugada desde el momento que se levantan, hasta las 22 horas tiempo en el que se acuestan y descansan. La formación humana promueve los derechos y el desarrollo integral, con 880 horas de experienciales, por medio de cuatro círculos de formación: Círculo 1: Desarrollo del Pensamiento y Personalidad. Círculo 2: Derechos y Realidad Nacional. Círculo 3: Riqueza Humana. Círculo 4: Calidad de vida. Capacitación profesional (800 horas), dedicado al aprendizaje en los talleres, con malla curricular.

El Centro Juvenil La Dolorosa busca la participación e inclusión social. Los adolescentes ordinariamente provienen de zonas y grupos vulnerables, por esta razón la propuesta metodológica es amplia y diversa con un carácter participativo. La enseñanza está basada en la realidad que viven de exclusión; sin embargo, la comunidad es el motor del nuevo modo de convivir. Los adolescentes han dejado sus estudios que retrasa su desarrollo integral, pero la integración a los Círculos de Formación y a la capacitación técnica le integra a un nuevo modo de ver la vida y de ser miembros positivos de su familia y de la sociedad.

Con la atención profesional buscan una oportunidad para: a) recuperar su desarrollo físico y orientar su sexualidad. (SALUD) b) Manejar los conflictos internos propios de la adolescencia (PSICOLOGIA) c) Apoya y orienta estructura y ambiente familiar (TRABAJO SOCIAL) d) Intervenir terapéuticamente en la prevención del consumo de sustancias que causan dependencia (COMUNIDAD) y e) Apoya a la habitación de un modelo positivo de vida (EDUCACION).

El involucramiento de la familia es primordial para el proceso educativo, los adolescentes tienen derecho a tener y vivir en familia, requieren mejorar su calidad de vida.

La estrategia principal para el trabajo con los adolescentes es la prevención con la utilización de:

- 1) Ocupación y rotación del tiempo.
- 2) Estudio desde la realidad.
- 3) Formación para el trabajo productivo.
- 4) Énfasis en temas candentes.
- 5) Atención personalizada.
- 6) Descubrimiento de habilidades y destrezas, y
- 7) Animación Espiritual y jurídica.

Pero ¿Cuánto es el costo de funcionamiento del Centro Juvenil?

Recursos Humanos

	Centro Orientación Juvenil (para 72 alumnos)	Comunidad Terapéutica (para 20 alumnos internos)	
1	Coordinador	Coordinador	1
4	Educadores de Círculo	Terapeutas	3
3	Instructores de Taller	Psicólogo	1
1	Psicólogo	Trabajadora Social	1
1	Trabajadora Social	Servicios Generales	2
2	Guardias Nocturnos	Educadores nocturnos	3
2	Administrativos		-
1	Servicios Generales		11
1	Oficial de Mantenimiento		
1	Conserje		
-			
17			

PRESUPUESTO Recurso Humano

		Sueldo Integral	Costo Anual
1	Coordinador	\$ 1.146,5	\$ 27.515,1
4	Educadores	868,8	72.981,8
2	Profesionales	1.007,6	48.367,1
3	Instructores de Taller	868,8	31.277,9
2	Administrativos	730,0	17.520,3
1	Servicios Generales	452,4	21.714,3
2	Guardias Nocturnos	527,4	18.985,7
1	Oficial mantenimiento	591,2	7.094,4
1	Conserjes	521,8	12.522,9
-			
17			
	Reemplazos		1.912,5
	Dirección General	1000	12.000
	TOTAL, RECURSO HUMANO		\$ 172.409,7
	+ Total Funcionamiento		\$ 58.000,00
	TOTAL, COSTO PROGRAMA	\$ 8,61 valor niño/día	\$ 230.409,70

Fuente: Antonio López. Centro de Orientación Juvenil “La Dolorosa” Año 2010

Las instituciones del Estado, en la práctica genera una gestión de servicios, los cuales suelen quedarse solo en la esfera de firmas convenios de cooperación económica, pero no logra, por su propia naturaleza, alcanzar la resolución de la problemática, es decir, el fortalecimiento e inserción integral de ese ser humano.

El trabajo de este CETAD tiende a ubicarse dentro de concepciones de apoyo psicológico dentro de una concepción económico-social de progresismo, en apoyo de los adolescentes que son beneficiarios y que se encuentran en riesgo de adicción, pero en la dinámica social, que tiende a excluirlos, se aleja de la meta de lograr una inserción familiar, social adecuada y oportuna. Los resultados finales se evalúan a partir de la contención de los beneficiarios, más que en la inserción social, puesto que el seguimiento de los individuos que salen de la institución

no es un seguimiento riguroso.

Sin embargo, en este centro, uno de los aspectos más acertados, en la práctica organizativa, es la malla curricular que ponen en práctica, la cual está aprobada por el SECAP, institución que provee los Instructores y que luego de seguir el proceso reciben un certificado, lo cual, refuerza el lineamiento progresista, pero que indudablemente genera condiciones de sostenibilidad en la frágil constitución emocional de los beneficiarios. Para cualquier interpretación del éxito asertivo de esta cooperación, necesitamos, Sine qua non, un análisis sostenido en el tiempo de los resultados estadísticos de jóvenes que, con esta dinámica aplicada, haya logrado reinsertarlos en la lógica familiar, social y económica.

No se pudo evidenciar en las entrevistas o en el estudio de la bibliografía una posible vinculación del Centro de Atención Juvenil “La Dolorosa” con programas preventivos, por el contrario, no existe una campaña que evidencie tal relación. No incorpora el contexto en el que se dan las prácticas, el resultado palpable es que se desconoce el nivel de incidencia en los beneficiarios de este centro (de tratamiento para adolescentes con problemas en el consumo de drogas) que se ejerce desde los ámbitos de la permisividad social y aceptación del consumo de parte de la sociedad con el estatus legal y el consumo; o de la correlación del consumo con la difusión de contenidos violentos o agresivos a través de los medios de comunicación o de la televisión; no existe una discusión de tipo de imágenes y escenas a las cuales han sido expuestos los sujetos beneficiarios de este centro, que pueden promover el aprendizaje de conductas depresivas, agresivas, de dependencia emocional o física a sustancias socialmente aceptadas o no; o una relación con la aparición frecuente de escenas violentas las cuales pueden producir una mayor tolerancia social hacia la violencia dando como resultado una decisión de ese tipo de conductas. Tampoco se ve ninguna correlación con factores que marcan el entorno social próximo a la familia del beneficiario con su medio escolar, el barrio, el hábitat en que se desarrolle su vida o el grupo de iguales al cual se pertenece. De existir este material, dentro de la organización del CETAD mencionado no ha sido promovido ni difundido con el peso que debería ser tratado.

Por otro lado, pese a que una característica básica de las sociedades actuales es la reducción de la participación social expresada en buena medida en el debilitamiento de rituales que vinculaban a las personas entre sí, las prácticas internas del CETAD analizado, benefician en cierto grado a una ligera movilización social en lo que atañe, especialmente, a la religación, es decir, a la creación de identidades grupales y pertenencias.

CETAD, Puma Maqui (atención a mujeres adolescentes).

Desde diciembre del año 2015 se inaugura como Casa de Acogida Puma maqui en Pusuquí, al norte del Distrito Metropolitano de Quito, como un espacio de tratamiento para mujeres adolescentes (12 a 17 años de edad) con consumo problemático de drogas. Cuenta con una moderna estructura edificada y todos los servicios que presta es producto de un trabajo intersectorial. En sus inicios en lo que respecta a los procesos de atención, el MIES trabajaba junto con el Ministerio de Salud Pública para la operación coordinada de Casas de Acogida para adolescentes. Actualmente pertenece a los CETAD del Ministerio de Salud Pública.

Direccionado acorde al Modelo de Atención Integral para Centros Especializados al Tratamiento de Personas con consumo problemático de drogas. Sus enfoques de intervención indican se basa en el involucramiento de la comunidad en un proceso de reinserción a la sociedad con terapias ocupacionales. Sin embargo, lo que se pudo observar es un modelo de intervención médico biológico reduccionista, enfocando terapias ocupacionales que no se observa motivación en las participantes al igual que las clases regulares brindadas por el Ministerio de Educación. Además, no se observa el involucramiento de la familia en el proceso de rehabilitación. Pero, el discurso enfatiza la óptima inserción social con el fortalecimiento de habilidades con el mejoramiento de terapia ocupacional con la finalidad de buscar destrezas que podrían ser de beneficio para las adolescentes al momento de buscar empleo y así desarrollar su autonomía.

La Casa de Acogida tiene una capacidad para atender a 25 jóvenes adolescentes mujeres que han superado la fase de desintoxicación y deshabitación; sin embargo, en la actualidad residen 8 usuarias en su mayoría residentes de las provincias costeras del Ecuador. Se considera como a primera casa de atención a mujeres adolescentes, que brinda un enfoque integral, pensando en la reinserción de las adolescentes a la vida social, a la vida familiar. Las usuarias reciben atención especial en alimentación, protección, salud preventiva, desarrollo de un plan de vida y reinserción en el núcleo familiar que permita garantizar activamente sus derechos civiles y favorecer la inclusión social.

En entrevista con personal directivo del Centro indica que las adolescentes mujeres que asisten voluntariamente con sus padres, quienes autorizan el internamiento para su rehabilitación, a través de un proceso jurídico que lo avala un juez. Además, a este centro acuden las adolescentes que tienen una drogodependencia, aquí reciben terapia familiar, médica, psicológica y, en algunos casos, psiquiátrica; también de otras actividades que las realizan en su tiempo libre. Lo particular de este Centro es que permite que las jóvenes cursen su bachillerato en las tardes con el apoyo de funcionarios del Ministerio de Educación. El Centro cuenta, con

20 empleados en total, sin contar servicio de medicina, al mismo que acceden al Centro de Salud del Sector.

Este centro se organiza con el siguiente talento humano: Administrador técnico, asistente administrativo, Médico familiar, Psiquiatra, Nutricionista, Bioquímico Farmacéutico (itinerantes), Enfermera, Psicólogas, Trabajadora Social, Terapista Ocupacional, Operador de Casa (auxiliares de Enfermería, Educadoras (Ministerio de Educación), Guardias de Seguridad.

El trabajo realizado de este Centro resulta también opaco en cuanto a los alcances de ayuda y transformación social. El programa se agudiza con la estigmatización de género que reciben las mujeres por su condición de serlo lo cual dificulta todos los ámbitos, desde las concepciones subjetivas de las propias beneficiarias hasta los recursos simbólicos de todos los involucrados en el proceso. El MIESS procura en su línea discursiva afirmar evitar la visión de entender a esta problemática bajo una lógica de culpabilidad y generar una política preventiva.

Aquí tampoco existe comunicación fluida entre este CETAD y las instituciones Estatales en cuanto resultados de inclusión, ya que al limitarse los tratamientos médicos y de fichaje, no significa que las beneficiarias terminen un proceso de re inserción en la sociedad social o / y económicamente activo. Existe un “debería ser” en el discurso distante de un cambio de cultura en términos de calidad y seguridad, el cual es un objetivo de parte de los lineamientos de seguridad de los pacientes que tiene propuesto el MSP en la actualidad. Su organización reafirma la lógica de ayuda desde el área técnica, atención a las necesidades y requerimientos de los profesionales, y las participantes son consideradas dentro de la categoría usuarios/pacientes.

También aquí parece que los servicios cooperados entre instituciones se quedan en el nivel de gestión de servicios, los cuales abarcan, como ya lo habíamos anotado, la esfera de firmas de convenios de cooperación económica, pero no logra, por su propia naturaleza, alcanzar la resolución de la problemática generada. Reciben apoyo de instituciones no gubernamentales como la Fundación Sembrarte. Lo novedoso de su propuesta es la concepción eco-artística que se pretende aplicar a las beneficiarias, con la intención de construir espacios alternativos para la expresión y manifestación de los aspectos propositivos y de autoayuda en la psicología de las participantes, de esta manera acerca el arte a este conglomerado humano utilizándolo como herramienta educativa y de transformación social, con lo cual, no lo enmarca en la línea de las concepciones progresistas y permite generar una carga de capital cultural negado a aquellos que normalmente no tienen contacto con las expresiones artísticas.

Un asunto importante a develar es que la lógica técnica-médica por si sola dista generar cambios en el consumo de las beneficiarias ya que existe la hipótesis de que la determinación de

rasgos de personalidad y características familiares pueden ser predictivos para el consumo en este grupo humano.

Tampoco se pudo evidenciar en las entrevistas o en el estudio de la biografía una posible vinculación del Centro de Atención “Puma Maqui” con programas preventivos, El resultado palpable es que se desconoce el nivel de incidencia en los beneficiarios de este Centro de los posibles factores de influencia del CETAD, De existir este material dentro de la Organización del CETAD mencionado, no ha sido promovido ni difundido con el peso que debería ser tratado. No se encontró en el estudio un lineamiento de algún modelo integral comunitario, que comprendan las dimensiones de integralidad, vulnerabilidad y cuidados en sentido amplio, para el abordaje del consumo problemático de drogas. Como estrategia de intervención del presente CETAD parece no tener como protagonista a la comunidad en la búsqueda de soluciones relacionadas con el uso problemático de drogas, entendida esta comunidad como un espacio social en permanente construcción, atravesado por la diversidad, el conflicto, las tensiones y la solidaridad. Algunas actividades del CETAD “Puma Maqui” generaba circunstancias que incluían a las personas en actividades colectivas, que se oponen perpendicularmente al individualismo y la apatía. Se tiende así a superar la atomización social y a favorecer la autonomía de los individuos y los grupos (Camarotti & Kornblit, 2015)

CETAD, “Carlos Díaz” Dirección Distrital MSP 17D04, (atención género masculino adultos).

CETAD, ubicado en las calles Pablo Guevara y Antonio Sierra sector La Vicentina, El establecimiento funciona bajo el Modelo de Tratamiento Integral Residencial. Es una propuesta que se nutre del modelo de comunidad terapéutica y busca cambiar patrones de pensamiento, actitudes y comportamientos negativos a través de las terapias y el desarrollo de fortalezas, habilidades e identificación de las emociones y factores de riesgo para el consumo.

Funciona desde marzo de 2013, acoge a hombres adultos y hasta la fecha ha beneficiado a más de 490 pacientes. Presta los servicios de terapia psicológica individual, grupal y familiar, terapia psicológica multifamiliar, ocupacional; realiza actividades de integración y de expresión artística, así como tratamiento psicofarmacológico. Actualmente, cuenta con 37 beneficiarios. (MSP, 2018) El CETAD cuenta con 25 servidores de la salud, entre ellos 5 psicólogos, trabajadoras sociales, terapeuta ocupacional, enfermera, 13 personas de personal operativo que son auxiliares de enfermería, personal administrativo (coordinador y secretaría) médico y psiquiatra que asiste ocasionalmente. La capacidad del Centro es para 50 personas, actualmente se encuentran internos 37 personas y dejan 2 camas libres para casos de emergencia.

El equipo técnico (coordinador del CETAD, psicólogos, trabajadoras sociales, terapeuta

ocupacional, enfermera, operarios, y pasantes de diferentes carreras como estudiantes de psicología) guiado por coordinador realiza reuniones diarias para evaluar jornada de trabajo del día anterior y se planifica actividades diarias. Los psicólogos son el personal encargado de realizar las terapias individuales acorde a formación psicológica académica de cada profesional, manteniendo criterios de privacidad, confidencialidad y sigilo a terapias individuales con usuarios del Centro.

Al realizar un recorrido físico por las instalaciones del CETAD se pudo observar la amplitud con amplios espacios verdes, distribuida en bloques. Se encuentran la parte administrativa y técnica, área de terapia ocupacional, auditorio. En otro bloque se ubican la residencia de las personas internas, así como también áreas recreativas con canchas de fútbol, básquet y vóley. En la parte posterior se encuentra un huerto, en donde cada interno cuida y siembra un espacio de tierra. El lugar más utilizado es el área del auditorio en donde se realizan la mayor parte de actividades planificadas; sin embargo, estas actividades pueden ser modificadas en cualquier momento.

Los Usuarios (personas con consumo problemático de drogas) del CETAD denominan al centro como “LA CASA “o en ciertas ocasiones, realmente pocas, como una comunidad terapéutica. La atención es gratuita para los usuarios.

El ingreso a los centros es voluntario y no es cohesionado. El perfil de las personas que ingresan al centro, son personas con consumo de base de cocaína, de 20 años de edad. La edad de los internos oscila entre 20 y 30 años. Existen personas con problemas por consumo de alcohol, pero en general son poli consumidora principalmente con base de cocaína y otras sustancias como la marihuana. En Comunidades Terapéuticas “conviven sujetos adictos a todo tipo de sustancias siendo el perfil más frecuente el de politoxicómano, que incluye consumo de alcohol. Pero también muchos casos de diagnóstico dual o de patología dual /drogas / salud mental)” (Comas, 2010, pág. 28)

El modelo de atención para tratamiento de rehabilitación a personas consumidoras de drogas en este centro tiene cuatro fases que se cumplen en un período de tiempo de seis meses, acorde a los avances de cada persona en tratamiento. La primera fase es un proceso de adaptación a las normas de la institución. La segunda fase trabaja en la interiorización de reconocimiento de problemática de consumo y se continúa con ruptura de consumo de sustancia. La tercera fase se trabaja en la reinserción familiar y laboral. En la cuarta fase de seguimiento, asistencia a la institución y a grupos de apoyo. Se realizan diversas terapias como: individual, familiar, multifamiliares, focales y holísticas, durante cada fase que puede durar mes y medio. Al término de tratamiento no creen en la absoluta abstinencia, pues de la experiencia que han tenido de los

casos que salen recuperados, vuelven a recaer en un 40% de los casos, usuarios de drogas viven en picos de períodos de consumo y abstinencia.

Las fases de tratamiento solicitada por el Ministerio de Salud Pública señalan: Fase de Evaluación y Diagnóstico. Fase de Adaptación y Motivación. Fase de Rehabilitación (re educación a los usuarios en pensamientos, emociones y comportamientos). Fase de reinserción social. Fase de seguimiento y Fase de Evaluación. (MSP, 2012)

Las actividades diarias que se desarrollan en el centro se rigen a la normativa que exige el órgano rector de la salud establecido en modelos de atención integral residencial para el consumo problemático de alcohol y otras drogas como son: Reuniones del equipo técnico, Asambleas, Reunión de la mañana siguiendo un esquema de medidor de estado de ánimo, evaluación de logros, autoobservaciones, observaciones hacia los demás, análisis de la frase del día, dinámica grupal y filosofía de cierre, Luego la reunión de la noche, Además. Realización de seminarios, diarios terapéuticos, grupos de lectura, actividades recreativas como juegos deportivos al aire libre y video foros. No falta la designación de responsables para cada actividad, evaluación de las vistas, tareas terapéuticas. Psico educación y mediación.

Durante una semana se observó que de manera continuada diariamente se realizan Asambleas Comunitarias todos los internos y una persona del personal operativo. Nombran un líder por parte de los internos, quien se dirige a sus compañeros para que vayan expresando uno a uno sobre las novedades del día anterior y el cumplimiento de actividades encomendadas. En esta ocasión, mencionaban las personas que no habían cumplido sus obligaciones e indicaban que tenían tarjetas a manera de sanción por incumplimiento. Se busca que los auxiliados expresen su “*estado de ánimo y propósito del día*”. Dan la bienvenida a nuevas personas que han ingresado a la CASA (nombre que dan a la Comunidad Terapéutica). Luego, un psicólogo asignado para el día, con quien realizan una reflexión respecto a la frase: “*Si no vives para servir, no sirves para vivir*”. Transcurre el tiempo y se observa que los internos comienzan a salir, dan unas tarjetas indicando que van a terapias con su psicólogo. En todo momento existe control de parte de quien dirige hacia los internos. De igual manera en reuniones existe alta descarga emocional. Antes de terminar la reunión, dan indicaciones generales de las actividades que realizarán durante la semana. Para finalizar la reunión, todos los presentes se reúnen, realizan una rueda, enlazados con sus manos en los hombros y al unísono repiten en voz alta el lema de la CASA.

Otras actividades constituyen las reuniones de Alcohólicos Anónimos donde solo asisten usuarios en ausencia de personal del CETAD, solamente personas de Grupo organizador e internos. Durante 60 minutos que dura la reunión expresan testimonios de personas que han consumido alcohol y de sus períodos de abstinencia. Se motivan unos y otros siempre enunciando

los 12 principios de Alcohólicos Anónimos. Se observa gran participación de los presentes, palabras y manifestaciones cargadas de mucha emoción. Todas las actividades grupales finalizan con los participantes en rueda repitiendo el lema de la casa. Como algo muy especial se realizan reuniones de Día de Altas. A esta actividad asisten personal de equipo técnico. En esta reunión equipo técnico relata los por menores de la estadía de las personas que han terminado su proceso de tratamiento y salen del centro de salud a desarrollar sus actividades normales con sus familias y en sociedad. A la reunión asisten todas las personas internas en el Centro, el equipo técnico y todos los pasantes.

Además, asisten los familiares de las personas que han sido dadas de alta, quienes se ubican al frente del auditorio y alrededor los internos. Se inicia una ceremonia dirigida por el psicólogo terapeuta de los egresados. Se menciona el proceso de tratamiento y la evolución del proceso terapéutico durante el tiempo de permanencia en el Centro. Luego, uno a uno de los internos brinda palabras de aliento y deseo positivos para la nueva etapa de los internos que han terminado su fase de tratamiento. De la misma forma se expresan con palabras los miembros del equipo técnico y finalmente hablan los familiares, para concluir con las palabras de las personas internas que salen con el alta del CETAD. Todo el tiempo de la reunión, se expresan palabras positivas con una carga emocional manifestada con abrazos, cogidas de manos, llantos, etc. Se termina la reunión, todos formando una rueda y repitiendo el lema de la casa. Los familiares, al terminar la reunión comparten alimentos.

De lo observado, se puede concluir que en el personal de equipo técnico especialmente en los profesionales psicólogos se ha considerado el trabajo de un grupo específico, tratado como un colectivo o comunidad a partir de factores sociales y ambientales, realizando acciones orientadas al mejoramiento de las condiciones de vida de los sujetos. Sin embargo, se observa que no hay participación de la familia, ni de la comunidad en la realidad concreta de vida y la cotidianidad.

Existe algo de acercamiento a un contexto social, a partir de un colectivo o grupo de personas, en el cual privilegia un enfoque territorial, participativo, e intenta generar cambios a largo plazo en los sistemas sociales en los que esos grupos están insertos. En este sentido, los problemas individuales se ven desde una perspectiva psicosocial y como construcción socio histórica. Su intervención tiene un enfoque preventivo y de desarrollo de la comunidad e integra a profesionales de otras disciplinas. Utiliza técnicas psicológicas ya existentes, pero crea otras, participando con la población, a la vez que construye nuevos instrumentos y nuevas relaciones de producción de conocimientos y de intervención. Pero, hace falta que la comunidad y la sociedad tenga nuevas posibilidades como actora social, construyendo nuevas formas de vida

comunitaria.

El modelo de salud aplicado por el Ministerio de Salud es evidentemente biomédico, siguiendo un patrón vertical, prioriza el tratamiento y la reparación, con enorme énfasis en la infraestructura y la especialización hospitalaria, por encima de la atención preventiva y de promoción de la salud. Este modelo de salud subordina el rol y la participación de la sociedad, es un modelo que no responde a la realidad ecuatoriana, no permite la participación ni fomenta su actuar en su visión de promoción y prevención, que fomente e impulse la interculturalidad, plurinacionalidad y diversidad de saberes reconocidas en la Constitución del Ecuador.

Se evidencia con este caso, una constante con problemáticas de los que se consideraría como excluidos, tanto a personas adictas a sustancias de ingestión, así como adicciones de conducta o de exclusión económica como son los ciudadanos en situación de calle. La constante de parte del Estado es una débil estructura y falta respuesta, por lo que, se alía estratégicamente, con instituciones no nacidas de la academia o vinculadas profesionalmente con instituciones de salud en términos modernos, sino con instituciones de labor enraizadas en la pastoral social y de la doctrina social de la iglesia (por lo general son instituciones que tienen su génesis en la Iglesia Católica y en labores de salud subordinadas a la evangelización) o de instituciones que responden con su propia versión al ser antagónicas de la mencionada (el caso de centros evangélicos) y que aparentemente evidencian su falta de interés en sectores humanos no productivos.

El trabajo realizado de este Centro coincide con los dos citados anteriormente en este estudio, en cuanto a los alcances de ayuda y transformación social, así como de involucramiento del Estado en cuanto Políticas Públicas. Una vez más no existe comunicación fluida entre este CETAD y las instituciones Estatales en cuanto resultados de inclusión, ya que se centra en tratamientos médicos y de fichaje y control social. La hipótesis planteada se va confirmando al constatar que la poca presencia del Estado se compensa con la estricta normativa emanada de los lineamientos de la política de drogas, con lo cual se acentúan las deficiencias en cuanto a tratamientos a personas con consumo de adicciones y otras drogas. La atención no supera el nivel de gestión de servicios y las soluciones presentadas se centran a un nivel técnico, estadístico y computacional, en el que lo que se considera como principal es la cuestión que ha generado pérdida de información, duplicidad de datos y retrasos en los procesos de seguimiento de los beneficiarios de este centro.

En este caso también se observa una falta de posible vinculación de este CETAD con programas preventivos. Se desconoce cómo influye en esta población los ámbitos de la permisividad social o la aceptación de consumo de parte de la sociedad de las drogas legales; la

correlación del consumo con la difusión de contenidos violentos o agresivos a través de los medios de comunicación. Tampoco se observa alguna correlación con factores que marcan la influencia del entorno social próximo a la familia del beneficiario con las instituciones educativas, el barrio, el hábitat en que se desarrolla la vida o el grupo de iguales al cual pertenece. De existir este material, dentro de la organización del CETAD mencionado no ha sido promovido ni difundido con la importancia que debería ser tratado.

El consumo de las drogas no solamente debe observarse desde el punto de vista de enfermedad patológica que conduce a las personas a la adicción. La adicción debe ser analizada desde el comportamiento de los individuos en relación a su entorno socio cultural y a las relaciones que se establecen dentro de su contexto comportamental; es decir es necesario conocer la realidad de su entorno en la sociedad que vive, sus motivaciones y capacidades, lo cual seguramente permitirán una mejor ayuda profesional en los procesos de las drogodependencias especialmente en las personas que consumen drogas.

La evidencia muestra que el actuar desde un modelo de abordaje integral. que se lo debería llamar modelo sociobiopsicocultural debe permitir construir una red formal de servicios que garantice una atención para todos, con intervenciones basadas en fundamentos científicos y conocimientos sistemáticos de las realidades locales, guiadas por el reconocimiento de derechos y libertades, con la apertura de mecanismos de participación, orientadas a la autonomía e inclusión de la población, con la capacidad de una evaluación continua y permanente.

La labor de los Centros resulta limitada dentro del contexto analizado, no existe un real alcance del espíritu de las políticas públicas y la comunicación fluida entre este CETAD y las instituciones Estatales en cuanto resultados de inclusión, ya que el ser tratado médicamente no significa que los beneficiarios terminen un proceso de re inserción en la sociedad social o / y económicamente activo. No se ha logrado gestionar un cambio de cultura en términos de calidad y seguridad, el cual es un objetivo de parte de los lineamientos de seguridad del paciente que tiene propuesto el ministerio rector de la salud.

Entrevistas a 3 actores con experiencia en atención en CETAD, conocedores de políticas públicas en materia de drogas

Como parte complementaria de esta investigación se realizaron tres entrevistas semiestructuradas a tres actores relevantes, con conocimientos y vivencias laborales en Centros Especializados en tratamiento a personas con adicciones las mismas que se resumen. El objetivo principal fue obtener información respecto a la manera como se aplican las políticas públicas dentro de los CETAD. Las preguntas realizadas fueron: ¿Son efectivas las políticas públicas que se aplican en los CETAD? ¿Se aplican las políticas públicas en lo referente a infraestructura, modelos de intervención terapéutica, profesionales capacitados, atención a usuarios en los CETAD? ¿Cuáles son los principales problemas para la aplicación correcta de la política pública en Centros Especializados en Tratamiento de Adicciones? ¿Qué acciones debería tomar el Estado para evitar la proliferación de CETAD clandestinos? ¿Cómo ajustar las políticas públicas para una mejor operación de los CETAD? ¿Es necesario realizar cambios en la política pública en el ámbito de drogas para una mejor aplicación de las mismas? Lo más relevante se adjunta. Finalmente Adjunto una entrevista que muestra el testimonio de un consumidor de drogas.

Los informantes constituyen profesionales con amplia experiencia que han aportado en la creación de la primera comandad terapéutica para jóvenes adolescentes con problemática en el consumo de drogas. Con formación académica superior especializada nacional e internacional y sobre todo con alta calidad humana en el tratamiento para personas con problemática en el consumo de drogas. Es el caso del Dr. Martin Estrella creador, director del Centro Juvenil “La Dolorosa”. También, la colaboración de un Psicólogo Clínico que respetando su pedido se mantiene en anonimato. Sin embargo, su trayectoria profesional se ha desarrollado dentro del sector salud en Centros de Atención para personas con consumo de drogas dentro del ámbito público y privado. Además, la colaboración de una Licenciada Fisioterapeuta que ha realizado funciones de terapeuta ocupacional en el CETAD Puma maqui que atiende a población mujeres adolescentes, Finalmente el testimonio de vida desde la experiencia de un consumidor con problemas de adicción.

En términos generales los entrevistados reconocen que las políticas públicas en materia de drogas han venido a regular y controlar los establecimientos que brindan atención a una población específica en problema con consumo problemático de drogas. Se considera la política en vigencia no tan visible ni operativa. Por no atender a la población universo en tema de drogodependientes. Faltan centros de atención especialmente para la población adolescente

En referencia a infraestructura, modelos de intervención terapéutica, profesionales

capacitados, atención a usuarios en los CETAD la estructura que está en vigencia de los CETAD esta eminentemente adaptadas a intentar cubrir las necesidades y el modelo biomédico que está impuesto imperante en el Ecuador no permite que se pueda incluir otros modelos que han dado resultado en América Latina y en el mundo como el modelo de Comunidad Terapéutica. Por lo tanto, las infraestructuras deben ser modernizadas, tienen que obedecer a las necesidades de los pacientes de los beneficiarios de los servicios. Si bien la infraestructura es importante y exigente dentro de la norma establecida, debe ir complementariamente y de alta importancia a la formación profesional que debe ser constante, permanente y esto viene a ser una de las deficiencias de la política pública que no en todos los centros se cuenta con profesional especializado por lo que no es posible ni admisible que los centros de atención a personas con drogodependencia dirijan desde las vivencia y experiencia descartando el conocimiento la comunicación y la fundamentación científica,

El principal problema en la aplicación de la política pública radica en el Estado desde su ineficiencia no puede mejorar la atención a la población específica en problemática de drogas, por la excesiva normativa en modelos de atención e intervención basada en un modelo médico biológico que no permite cambios a más de la falta de interés del gobierno de turno al cerrar instituciones sin la asesoría técnica que el caso lo amerita.

El Estado necesita seguir un proceso de apertura sensibilizar profundizar y abrir mesas de dialogo especializado con quienes están trabajando muchos años en el tema de drogodependencias, porque tal vez, la ineficacia del Estado ha permitido que la sociedad civil adopte como su responsabilidad la problemática de adicciones por lo cual empiece a construir centros que no llegan a cumplir requisitos de licenciamiento que exige el Ministerio de Salud como ente rector, Además de dar un tiempo para que estos centros puedan ser controlados y regularizados para un funcionamiento adecuado requiere profesionales especializados por parte del Estado y no todos tienen la capacidad de comprender y entender cómo se debería regular el proceso.

. Definitivamente hay que revisar, modificar, cambiar las políticas en tema de adicción, cambios que deben realizarse desde lo construido, no hay posibilidad de inventar sino de coger de experiencias y aprendizajes significativos que permita a la política que cubra el universo de necesidades de quien requiera los servicios de drogodependencia pero también la sumatoria de instituciones que están lejanas y necesitan sumarse a ser parte que la política sea integral universal y que pueda cubrir todas las necesidades que requieren las personas y el servicio de drogodependencia. Más que cambios se debe evaluar los programas que existen y analizar si funcionan. Es decir, se debe cumplir con los procesos de evaluación y seguimiento de la política

pública.

Se requiere que la política obedezca a actividades preventivas, estructurales, bien sostenidas que nos permita atender la problemática de tratamiento antes de crear un proceso las políticas actuales deben ser re- pensadas, tienen que ser fundamentadas y participativas es decir apuntar a la participación de los actores involucrados, de manera especial personas que tengan experiencia desde el conocimiento, desde la experiencia, pero sobre todo actores que de alguna u otra manera están lejanos y no han contribuido en una política que ha sido construida exclusivamente desde la parte gubernamental y en ausencia del sector privado y la sociedad civil.

Desde el testimonio de vida de una persona con problema de consumo de drogas existe la percepción que en la actualidad hay más centros que ayudan a las personas con problemática de drogas, piensa que el Estado cumple su rol bien. Sin embargo, menciona el servicio recibido por organizaciones no gubernamentales. De ahí que el mismo informante es director de una ONG que recibe ayuda del MIESS y su visión el ayudar a personas con consumo de drogas, dando una oportunidad “de trabajo” con ventas en el transporte público con un discurso de conversión religiosa de cambio hacia la vida libre de consumo de drogas.

CONCLUSIONES.

Este trabajo se enfocó en analizar las políticas públicas de drogas desde los CETAD (Centros especializados de tratamiento de adicciones) dentro del Sistema de Salud Pública en la ciudad de Quito. La hipótesis que se planteó fue que, en la aplicación de la política pública de los CETAD, existen diferencias muy marcadas en cuanto al funcionamiento, debido a la estricta normativa que emana de la Política de Drogas, manifestada en las deficiencias en cuanto a tratamientos a personas con consumo de adicciones y otras drogas.

Este trabajo utilizó el método descriptivo – cualitativo. Como recurso complementario se realizó entrevistas para conocer la problemática desde el punto de vista de los principales actores involucrados con los centros de tratamiento de adicciones; así como observaciones a los Centros de Tratamiento.

Dentro de los principales hallazgos de este trabajo se identificó una marcada diferencia que existen en los CETAD, desde la infraestructura; los modelos de intervención terapéutica; número de profesionales y número de usuarios atendidos en cada centro. Estas diferencias constituyen la respuesta negativa a la estricta normativa que emana de la Política de Drogas, que genera una nula o escasa presencia del Estado para regular las actividades de funcionamiento de los centros, que al no contar con recursos y financiamiento necesarios se manifiesta

De manera general la prevención integral del fenómeno de las drogas se focaliza en la población vulnerable, en el riesgo de consumo, y en el tratamiento de las personas que tienen problemas de consumo sea ocasional, habitual o problemático; no se enfoca en usuarios que no presentan problemas de consumo drogas.

Los CETAD complementan el papel de orden social proveniente del Estado en un esquema denominado “sociedad de control”, con un “modelo moralista normativos”, en donde las instituciones de los CETAD se constituyen en espacios de acción en tanto institución especializada, lo cual evidencia que no existe una “sociedad disciplinada”. El Estado consigue el control ejercido desde el cuidado de “uno mismo”, de la propia disciplina del Yo (Manuel Carballada, 2008) y que se acentúa en la lógica del sujeto dependiente al consumo de sustancias, creando los CETAD que no termina integrando a los beneficiarios a lo social, sino que solo los “contiene” en un lugar.

En tema de políticas públicas en el campo de rehabilitación y tratamiento de consumo de drogas el Estado muestra debilidad al eliminar las Instituciones como la SETED y creando otras como la ACESS que solamente cumple una función reguladora y controladora muy exigente. Sin embargo, los Centros de Adicciones privados son en número mayor que los servicios que ofrece el sistema de salud público, lo cual no garantiza que la atención en salud a personas usuarias de

drogas sea accesible a las poblaciones menos favorecidas económicamente, lo cual puede ser la causa del incremento de centros clandestinos ilegales y peligrosos.

El Estado ecuatoriano en su último gobierno no asume la responsabilidad de proteger la salud de las personas con problemas de adicción o dependencia a las drogas y en tal sentido la regulación de los servicios de tratamiento y recuperación, públicos y privados determinados en la legislación ecuatoriana son inexistentes. Para evaluar la actuación profesional se debe observar si esta abarca las dimensiones biológica, psicológica y social para garantizar la continuidad de la atención, solo así se logrará incidir sobre los determinantes de la salud y las condiciones de vida de los beneficiarios.

El modelo de enfermedad señala a las personas consumidoras, con usos problemáticos o no, como adictos. Pasando a segundo el plano los derechos y la condición humana, terminando en la estigmatización de la persona al criminalizar al usuario de drogas y a toda sustancia como malo a todo lo relacionado con la persona y las drogas. Tal vez, es momento de cambiar el modelo de intervención a las personas consumidoras de drogas a un modelo de recuperación que se centre en la persona, en sus habilidades, en sus puntos fuertes, fomentando esperanza sin olvidar el reconocimiento de los derechos y libertades de cada individuo.

Como estrategias de intervención en los CETAD analizados, aparentemente la comunidad, entendida como un espacio social en constante construcción, atravesado por la diversidad, el conflicto, las tensiones y la solidaridad, no es la protagonista en la búsqueda de soluciones relacionadas con el uso problemático de drogas. Desde la cuestión Estatal falta articulación de políticas públicas a través de la acción intersectorial, obstaculizando enormemente la integración de acciones de promoción, protección, recuperación y rehabilitación. Una vez terminado este trabajo se abren una serie de dudas respecto a los intereses prioritarios a los que se dirigen la implementación de políticas públicas.

En cuanto a provisión de servicios para el tratamiento de personas que consumen drogas el Estado queda en deuda con la sociedad por ser débil en el control y por no presentar alternativas de carácter económico que den una solución viable a este problema. Es momento que en Ecuador se proceda a evaluar la política pública en temas referentes a materia de drogas, Es de importancia a más del seguimiento, la evaluación a las políticas públicas y programas impulsados desde el Ministerio de Salud, es necesario investigar el estado de las políticas para conocer si el diseño y ejecución de estas políticas funcionan o tal vez si necesitan cambios o ajustes de tal manera que se puedan optimizar recursos. Sin embargo, según estudio sugiere que en Ecuador la práctica de evaluación de la política pública no está institucionalizada y todavía queda un amplio camino por recorrer. En este marco, son necesarios el desarrollo y el

fortalecimiento de capacidades para evaluación, así como la generación de capital humano experto en la temática, (Villareal A, 2018, págs. 1-31)

En el país en tema de políticas públicas de drogas se aprecia un progresivo reconocimiento a la salud mental lo cual se evidencia en parte en la normativa legal vigente. Sin embargo, todavía persisten dificultades. En el ámbito de la promoción y la prevención en tema de drogas los esfuerzos han sido escasos y poco sostenidos. Son importantes la evaluación y el seguimiento a las políticas públicas las mismas deben ser políticas de Estado y no de gobierno que tengan que depender de los partidos políticos o de intereses particulares, deben ser políticas basadas en evidencias científicas centradas en el sujeto y en sus contextos sin olvidar el respeto a los derechos humanos.

Nunca será tarde para impulsar estrategias públicas para promover la salud mental, prevención de usos y consumo de drogas, y disminuir el efecto negativo de los determinantes sociales sobre los problemas de salud mental de mayor incidencia en el país (marcos legales y regulatorios, protección de derechos, etc.)

Finalmente, es importante reconocer que los Centros de Atención para Tratamiento en Adicciones de carácter privado en cierta forma cubren las necesidades de atención a la población que no atiende el estado ecuatoriano, pero esto no justifica que dichos centros no cumplan con la normativa establecida en las leyes, normas, protocolos, modelos de atención que emana desde el ente regulador de la salud. No es aceptable que quien dirija esos centros se base en experiencias de vida, no se debe olvidar la evidencia científica y que la atención la brinde profesional multidisciplinario especializado en tema de adicciones. Y, los centros de atención representados en la sociedad civil, en ONGs o Iglesias juntamente con el Estado establezcan canales de comunicación y diálogo para el cumplimiento de las políticas públicas en bienestar de los usuarios con consumo problemático de drogas quienes merecen recibir una atención integral basada en evidencia.

Bibliografía

- Baqués, J. (2006). *El Estado*. En M. Caminal, & Tecnos (Ed.), *Manual de Ciencia Política* (Tercera ed., págs. 42-66). España.
- Edwards, S. (2010). *La Legislación de Drogas de Ecuador y su impacto sobre la población penal en el país*. *Sistemas sobrecargados - Leyes de drogas y cárceles en América Latina* (págs. 51-60).
- Alvarado, M., Hynes, M., & Cumsille, F. (2018). *Manual para el diseño, Monitoreo y Evaluación de un Sistema de Información en el ámbito del tratamiento de drogas: Generación de información*. Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas. Recuperado el 23 de 06 de 2020,
- Alvarez, C. (2014). *Reformas y Contradicciones en la Política de Drogas de Ecuador*. Washington Office on Latin America. Recuperado el 23 de 06 de 2020,
- Alvarez, C. (2019). *Debut y despedida: la historia de la Secretaría Técnica de Prevención Integral de Drogas de Ecuador*. (FES) Ecuador. Recuperado el 23 de 06 de 2020.
- Andrade, P. (1990). *Consumo, prevención y tratamiento. El caso ecuatoriano*. FNI.
- Asociación Americana de Psiquiatría APA. (1995). *DSM IV Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (4ta ed.). Barcelona, España: MASSON, S.A.
- Brage, L. B., Socías, C. O., & Torelló, J. L. (2003). *Análisis Calitativo Entrevistas*. *Nómadas* 18, 140-149.
- Camarotti, A., & Kornblit, A. (2015). *Abordaje integral comunitario de los consumos problemáticos de drogas: construyendo un modelo*. *Salud colectiva* 11, 211-221.
- Carbanella, M. (2008). *Problemáticas Sociales complejas y políticas públicas*. Universidad Icesi (Colombia).
- Centro de Estudios Legales y Sociales. (2015). *El Impacto de las Políticas de Drogas en los Derechos Humanos*. La Experiencia del Continente Americano. Buenos Aires, Argentina. Recuperado el 23 de 06 de 2020,
- Comas, D. (2010). *La metodologías dr la Comunidd Terapetica*. Madrid: Fundacion Atenea.
- Comisión Global de Políticas de Drogas. (2017). *El problema mundial de la percepcion de las drogas. Contrarestando prejuicios sobre las personas que usan drogas*. Comisión Global de Políticas de Drogas. Recuperado el 23 de 06 de 2020,

- De Rementeria , I. (2001). *Prevenir en Drogas, conceptos y criterios de Intervencion*. Naciones Unidas, 59. Recuperado el 23 de 06 de 2020,
- Defensoría Pública del Ecuador. (2014). *Guía de aplicación del principio de favorabilidad para las personas condenadas por delitos de drogas en Ecuador*: Defenseroría Pública. . Quito, Ecuador . Recuperado el 23 de 06 de 2020,
- DEVIDA. (2015). *Manual para la prevencion de consumo de drogas*. Lima: AVANFIT.
- Endara, V. (2019). *En Ecuador hay 39 centros especializados y calificados*. El Telegrafo. Recuperado el 23 de 06 de 2020,
- Escohotado, A. (2004). *Aprendiendo de las drogas, Usos y abusos. prejuicios y desafios*.
- Fernandez, A. (2005). *Manual de Ciencia Politica. Las Políticas Públicas*. España: Miquel Caminal Badia.
- Medina, F. (2021). *Clinicas Clandestinas para jovenes con adiccion proliferan en zonas populares de Guayaquil*. El Comercio, pág. Actalidad.
- Metaal, P. (2014). *En Busca de los Derechos: Usuarios de drogas y las respuestas estatales de América Latina Mexico*, Mexico. Recuperado el 23 de 06 de 2020,
- Miro, G. (2014). *Daño Social y Politicas de Estado*. Revista Crítica Penal y Poder, 149-178.
- Molina Peláez (2017). "*¿ Qué busca el Estado con una política pública? Dinámica de las políticas públicas y los valores entre las instituciones estatales?*". IUSTA 1.46, 63-84.
- NIDA. (2010). *Principios de tratamientos para la drogadicción*. Estados Unidos: Segunda Edición. Dto. de Salud y Servicios Sociales de EEUU.
- OEA. (2019). *Informe sobre el Consumo de Drogas en las Américas 2019. Publica Informe sobre el Consumo de Drogas en las Américas 2019*. OEA Recuperado el 23 de 06 de 2020,
- Paladines , J. (2014). *La respuesta Sanitaria frente al uso ilícito de Drogas en Ecuador*. En En busca de los derechos: Usuarios de drogas y las respuestas estatales en América Latina Recuperado el 23 de 06 de 2020,
- Paladines, J. (2016). *En Busca de la Prevención Perdida: Reforma y Contrareforma de la Olítica de Drogas en Ecuador*. Quito, Ecuador. Recuperado el 23 de 06 de 2020,
- Pascual, M., & Pascual , F. (2017). *El estigma de la persona adicta*. Adiciones, 29(4), 223-226.

- Paucar , E. (2019). *La internación para tratar las adicciones debe ser consentida*. El Comercio. Recuperado el 23 de 06 de 2020,
- Pinasco, G. (s.f.). *El intrincado camino de la rehabilitacion de drogas en Ecuador*. Vistazo.
- Ralet, O. (2000). *Condicionamientos politicos y economicos del Problema de las drogas*.
- Riod. (2019). *Un enfoque de Salud Pública en materia de drogas*. De la cura de la enfermedad a la promoción de la salud colectiva. Riod. Recuperado el 23 de 06 de 2020,
- Rodriguez, E. (1997). *25 años por la salud del Ecuador (1967-1992)*. Quito, Ecuador.
- Roth, A. (2002). *Políticas Públicas:Formulación, implementación y evaluación*. . Bogotá: Ediciones Aurora.
- SETED. (2017). *Costo del fenómeno de las drogas en Ecuador 2015*. Quito: SETED.
- Subirats, J, Knoepfel, P, Varonne, F. (2008). *Análisis y Gestión de Políticas Públicas*. Barcelona: Ariel S.A.
- Tatarsky, A. (2002). *Psicoterapia de reduccion de daños*. Maryland USA: Jason Aromon. INc, Lanham.
- The Global Fund. (2020). *Reducción de daños para los consumidores de drogas*. Recuperado el 23 de 06 de 2020,
- UNODC. (2017). *Informe Mundial sobre las Drogas 2017. Conclusiones y consecuencias en materia de Políticas Publicas*. Madrid, España. Recuperado el 23 de 06 de 2020.
- UNODC. (2018). *Resumen, Conclusiones y Consecuencias en Materia de Políticas*. Informe Mundial sobre las Drogas. Recuperado el 23 de 06 de 2020,
- Velez, R., & Gudiño, D. (2017). *Política de drogas en Ecuador: Un balance cuantitativo para transformaciones cualitativas*. (FES-ILDIS) Ecuador. Recuperado el 23 de 06 de 2020.
- Viña, I. (2019). *El fuego y la ausencia de la vida: el caos de las clinicas de rehabilitacion clandestinas*. Vistazo.
- Wilkinson. A. (2012). *"Sin sanidad, no hay santidad"*. *Las practicas reparatorias en Ecuador*. FLACSO.

BIBLIOGRAFÍA NORMATIVA

Constitución de la República del Ecuador (2008, CRE)

Código Orgánico Integral Penal (2014, COIP)

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. (2016, SETED)

Plan Nacional Integral de Control del Fenómeno Socio Económico de las Drogas 2017-2021

Decretos

(Presidencia de la República del Ecuador [PRE], 2018) *Decreto No. 426*. 4 de mayo 2018.

(Ministerio de Salud Pública [MSP], 2015) *Decreto 703.Creacion ACCESS.MSP*.

Acuerdos Ministeriales

(Ministerio de Salud Publica [MSP], 2012) *Acuerdo No. 000080* Reglamento para la Regulacion de los Centros de Recuperacion para Tratamiento a Personas con Adicciones o Dependencias a Sustancias Psicoactivas

Ministerio de Salud Pública, *Plan Estratégico Nacional de Salud Mental*. Comisión de Salud Mental, Julio, 2014, Quito, Ecuador.

(Ministerio de Salud Publica [MSP], 2016) *Acuerdo No. 000080* Normativa Control CETAD (MSP,2016)

(Ministerio de Salud Publica [MSP], 2012) *Acuerdo 767* Reglamento para la regulacion de Centros de recuperacion para personas con adicciones (MSP,2016)

(Ministerio de Salud Publica [MSP], ACCESS 2019) *Informe Licenciamiento CETAD*.

(Ministerio de Salud Publica [MSP], 2020) *Acuerdo No.00030* Reglamento para establecer la tipología de los establecimientos de salud del Sistema Nacional de Salud. (MSP,2020)

MSP, (2015). *Lineamientos operativos para la implementación del Programa Terapéutico del Centro Especializado para el tratamiento del Consumo Problemático de Alcohol y otras drogas*. (MSP, 2015)

Entrevistas a 3 actores con experiencia en atención en Citados, conocedores de políticas públicas en materia de drogas

I

Entrevista realizada en el mes de octubre del año 2021

Dr. Martin Estrella

Funciones: Actualmente labora en Fundación dedicada tema de justicia juvenil restaurativa.

Responsable de innovación trabaja en justicia juvenil. Asesoría y Consultoría.

Experiencia: Consejero de Adicciones calificado por la CICAD – OEA Por la Federación Latinoamericana de Comunidades Terapéuticas. Secretario Técnico de la Federación Ecuatoriana de Comunidades Terapéuticas.

PREGUNTAS

¿Son efectivas las políticas públicas que se aplican en los CETAD?

Primero, lo fundamental para poder regular el funcionamiento y la capacidad de poder cubrir las necesidades de quien requiere los servicios de CETAD, que tengan problemática de adicciones. Siempre la política que se encuentra en vigencia no es tan visible ni es operativa. Pensaría yo que las políticas que se encuentran no obedecen a atender a la población universo en tema de drogodependientes. Yo podría reafirmar la respuesta que al momento el Ecuador tiene a pesar de que estamos en el siglo XXI apenas dos centros de atención para adolescentes mujeres un en Quito y otro en Guayaquil. por lo tanto, se puede decir que son los únicos dos centros especializados para adolescentes. Si vemos el universo y la estadística, el consumo ha bajado al consumo de edades tempranas. Por lo tanto, se requiere que la política obedezca a actividades preventivas, estructurales, bien sostenidas que nos permita atender la problemática de tratamiento antes de crear un proceso, por lo tanto, las políticas actuales deben ser re- pensadas, tienen que ser fundamentadas y tienen que ser participativas y cuando me refiero a participación me refiero a que tienen que estar involucradas personas que tengan experiencia desde el conocimiento, desde la experiencia por supuesto, pero sobre todo actores que de alguna u otra manera están lejanos y no han contribuido en una política que ha sido construida exclusivamente desde la parte gubernamental y la parte privada no ha hecho muchas cosas.

¿Se aplican las políticas públicas en lo referente a infraestructura, modelos de intervención terapéutica, profesionales capacitados, atención a usuarios en los CETAD?

Gracias. Es una pregunta que tiene muchas respuestas. Voy a iniciar en lo que se refiere a la parte de la infraestructura. Primero decir que los seres humanos, las personas que tienen problemas con la drogodependencia requieren un tipo de atención totalmente diferenciada, por lo tanto, cada modalidad, cada modelo de tratamiento que existe, debe obedecer al objetivo fundamental de cada institución que oferta el servicio. Si hablamos de la estructura que está en vigencia de los CETAD esta eminentemente adaptadas a intentar cubrir las necesidades y el modelo biomédico que está impuesto imperante en el Ecuador no permite que se pueda incluir otros modelos que han dado resultado en América Latina y en el mundo como el modelo de Comunidad Terapéutica. Por lo tanto, las infraestructuras deben ser modernizadas, tienen que obedecer a las necesidades de los pacientes de los beneficiarios de los servicios.

¿Cuáles son los principales problemas para la aplicación correcta de la política pública en Centros Especializados en Tratamiento de Adicciones?

Respecto a formación, quienes trabajamos en adicciones, en drogodependencias, necesitamos una formación constante y permanece y es una de las deficiencias que se tiene. No es posible que en el Ecuador quienes hayan tenido un proceso de experiencia por haber tenido un proceso de experiencia por haber tenido un consumo y haber seguido procesos de diferentes modelos, repliquen su experiencia descartando el conocimiento la comunicación y la fundamentación. Por lo tanto, una de las debilidades que se viene es que en la actualidad no existe una formación constante permanente estructurada que requieren los equipos multidisciplinarios para trabajar en el tema de drogodependencia.

¿Qué acciones debería tomar el Estado para evitar la proliferación de CETAD clandestinos?

Primero la comunicación, quienes nos dan información respecto a lo que sucede solamente nos dan datos sensacionalistas que lo único que hacen es alertar a la ciudadanía. Pensaría yo que lo primero que se debe generar es una especialidad de todos los ámbitos y disciplinas para poder abordar e intervenir en el tema de adicciones. Yo creo que la proliferación o el control de CETAD, es que el Estado debe tener la oportunidad de apertura, sensibilizar profundizar y abrir mesas de dialogo especializado con quienes están trabajando muchos años en el tema de drogodependencias porque si usted se pone a revisar, si nos podemos a revisar, mayoritariamente la ineficacia del Estado ha hecho que la sociedad civil genere esta responsabilidad y empiece a construir centros que se adapten a cumplir los requisitos que exige el Ministerio de Salud el ente rector, Por lo tanto, regular, poder tener el control, una aprobación

de un funcionamiento adecuado requiere profesionales especializados por parte del Estado y no todos tienen la capacidad de comprender y entender cómo se debería regular el proceso.

¿Cómo ajustar las políticas públicas para una mejor operación de los CETAD?

Me parece a mí, que hay que revisar con profundidad como se puede facilitar, como se puede generar tiempos para que los centros que se encuentran funcionando de manera clandestina, ilegal o no reúnen los requisitos puedan tener tiempos prudentes, puedan evidenciar que tienen equipos multidisciplinarios efectivos, especializados para de una u otra manera poder reducir o eliminar centros que no pueden funcionar y los que funcionan deben tener toda la capacidad técnica, administrativa y financiera para poder cubrir y de alguna u otra manera poder cubrir la necesidad que requiere de este servicio.

¿Es necesario realizar cambios en la política pública en el ámbito de drogas para una mejor aplicación de las mismas?

Primero quiero reconocer que cada una de las preguntas que usted ha realizado obedece a una revisión profunda de las políticas del Estado ecuatoriano. Definitivamente hay que revisar, modificar, hay que cambiar y los cambios deben darse desde lo construido, no tenemos posibilidades de inventarnos sino de coger de experiencias y aprendizajes significativos que nos permita poder nosotros tener una política que cubra el universo de necesidades de quien requiera los servicios de drogodependencia pero también la sumatoria de instituciones que están lejanas y necesitan sumarse a ser parte que la política sea integral universal y que pueda cubrir todas las necesidades que requieren las personas y el servicio de drogodependencia. Quisiera yo agregar que instituciones como la Academia, como la iglesia como la sociedad civil están muy lejanos y son actores fundamentales que deberían sumarse y contribuir para que la política sea efectiva y eficaz.

II

Entrevista realizada en el mes de noviembre del año 2020

Responsabilidad: Director Administrativo

Funciones: Terapeuta + director Administrativo

PREGUNTAS

¿Son efectivas las políticas públicas que se aplican en los CETAD?

En el Ecuador el tema de Políticas Públicas en cuanto a tratamiento de drogas que es lo que manejo no se da la importancia que merece, es así que en términos generales las personas que tienen problemas con uso de drogas son discriminadas desde sus hogares hasta la sociedad. Si bien desde el sistema de salud se trata a las adicciones como un problema de salud pública, la sociedad sigue discriminando y la justicia criminalizando a la persona adicta.

En el gobierno anterior se generaron políticas en tema de drogas, creando instituciones y modificando en cierta forma una manera distinta para abordar la problemática de drogas; sin embargo, el actual gobierno no ha dado importancia al tema eliminando instituciones y mermando presupuestos que no han permitido un actuar en beneficio de las adicciones.

Considero que las políticas públicas no se aplican en el tratamiento a personas que son adictas, porque cada profesional aplica diferentes modelos en sus tratamientos y terapias, cada profesional tiene diferente línea de aplicación de conocimiento. Ahora el Estado de una u otra manera presta un servicio de salud para tratamiento, da a los profesionales las guías para los tratamientos con los modelos de atención, pero en realidad no se cumplen; es decir la política pública en general no se cumple, no se aplica, no es efectiva. Uno como profesional cumple con lo que piden y el tiempo se va en llenada de papeles.

¿Se aplican las políticas públicas en lo referente a infraestructura, modelos de intervención terapéutica, profesionales capacitados, atención a usuarios en los CETAD?

En el sector publico si se aplican en lo que se refiere a infraestructura. Con el Gobierno de Rafael Correa se hicieron centros que buscaban enfocarse en un mismo modelo y me parece bien. En cuanto a los modelos de atención el Ministerio tiene protocolos a seguir, pero no se cumplen es cada profesional utiliza diversos tratamientos, en lo personal utilizo terapia cognitiva conductual busco ayudar a mis pacientes desde reconocer su problema de consumo de adicción hasta el evitar y afrontar posibles situaciones de consumo de drogas. Además, utilizo terapias individuales, grupales y terapias familiares con el fin de alentar a la abstinencia del consumo de

drogas. No se podría cumplir con un mismo tratamiento para los pacientes porque primero la Universidad forma en diferentes escuelas psicológicas, la Universidad Católica es Psicoanalista, la mayoría de profesionales que han trabajado en el centro utiliza al psicoanálisis en su tratamiento, depende de la formación de cada profesional.

¿Cuáles son los principales problemas para la aplicación correcta de la política pública en Centros Especializados en Tratamiento de Adicciones?

Bien, es obligación del Estado velar por los ciudadanos y en este caso por las personas que han caído en el consumo de drogas y la adicción, En los últimos años el Gobierno trata de articular las políticas en las instituciones del Estado para mejorar la salud mental de la población, pero el gobierno crea instituciones para velar por la salud de la población adicta, tratando de controlar y supervisar, más las instituciones cambian o desaparecen y el problema de adicciones en lugar de salir adelante se observa que día a día se torna más complejo y sin solución. Además, se puede observar que el Gobierno no da importancia a la salud, el sector olvidado para el actual gobierno que de la manera que crea instituciones como la SETED de la misma manera las elimina, parece ser que prioriza el tema de seguridad fortaleciendo instituciones como el Ministerio del Interior dando mayor importancia a la criminalización de las adicciones con la menor atención en temas de salud que necesita la población. Es decir el problema es del Estado, al no brindar recursos al sector salud, eliminando instituciones, no capacita a los profesionales en temas de adicciones o drogas, son pocos los profesionales que tienen conocimiento del tema, desde el mismo sistema de salud desde los profesionales hay esa estigmatización hacia los usuarios, hacia las familias, inclusive hacia los profesionales que damos los servicios de salud, este problema es a nivel de todo el sector salud y no solamente a nivel de los Centros de Recuperación. Mientras no se asignen recursos seguirá el problema y no sabemos que suceda con el nuevo gobierno.

¿Qué acciones debería tomar el Estado para evitar la proliferación de CETAD clandestinos?

Es importante que sea el Estado quien regule la operación de los CETAD por medio de otorgamiento de una Licencia para el funcionamiento de los Centros de Rehabilitación para personas que consumen drogas. Sin embargo, pienso que los requerimientos son con altos estándares que implican costos elevados principalmente en infra estructura seguido de costos para el personal técnico que es indispensable para el buen funcionamiento de los Centros. En este punto si considero que es el Estado quien debería afrontar los costos, es decir el Estado

debería aumentar su participación con la creación de más Centros de Atención Públicos que puedan satisfacer la demanda de la población que requiera tratamiento por consumo de drogas. De esta manera habría mejor atención, más equidad y se terminaría con los abusos económicos a los familiares de personas que son consumidoras y por ayudar a sus familiares aceptan cualquier tipo de atención donde se ha observado cantidad de abusos. Además, está muy bien que se exija altos estándares de calidad para que operen estos centros porque son Centros Especializados que prestan atención en el segundo nivel de atención en salud, es algo más complejo, en estos centros se trata los problemas de consumo a diferencia de un Centro de Salud Ambulatorio donde es el primer nivel de atención. Por el nivel de complejidad es que se dan los abusos que en cualquier lugar ponen un centro, pero sin cumplir con los requisitos mínimos que exige un licenciamiento y por la desesperación de los familiares acuden a esos lugares en perjuicio de los usuarios.

¿Cómo ajustar las políticas públicas para una mejor operación de los CETAD?

Mientras los gobiernos de turno no sean conscientes de la importancia de la salud en personas con problemas en adicciones poco o nada se puede hacer. Las instituciones y las normativas establecidas pueden estar bien, pero si no se las aplica y no se les da el apoyo económico y técnico solo quedará como se dice en letra muerta y las personas que han caído en el mundo de las drogas seguirán sin recibir una atención apropiada para sus problemas de adicción

¿Es necesario realizar cambios en la política pública en el ámbito de drogas para una mejor aplicación de las mismas?

Más que cambios considero primero se debe evaluar desde el gobierno si los programas que existen funcionan. En Ecuador hacen reglamentos, norman los procedimientos, pero no pasa mucho tiempo y ya los cambian, no se hace un seguimiento para validar si es bueno o no lo que desde el gobierno imponen, Igual, crean instituciones y no pasa mucho tiempo las eliminan o las cohesionan, es lo que pasa en este Gobierno crean la SETED y luego desaparece lo que es pérdida de recursos no solo materiales sino también pérdida del talento humana que ya estaba capacitado y luego no sabemos qué pasa.

III

Entrevista realizada en el mes de octubre del año 2020

Lcda. LP

Responsabilidad: Fisioterapeuta MSP CETAD Adolescentes

Funciones: Terapeuta Ocupacional de usuarias mujeres adolescentes CETAD Puma Maqui (dos años)

PREFUNTAS

¿Son efectivas las políticas públicas que se aplican en los CETAD?

Yo tuve oportunidad de trabajar en un Centro de Atención a mujeres con problemas de drogadicción. La política pública de Ecuador existe en papel pero en acción existe muchas falencias, nosotros enfrentamos con un Estado bastante deplorable en estos asuntos porque es ya de por sí se dice que es un problema de salud pública todo el consumo problemático de sustancias en general de alcohol y otras drogas y la mayor parte de la población son adolescentes y jóvenes hasta los 25 años es la problemática, pero ante tanta demanda por decirlo así, hay un Estado que hace cosas pero no las profundiza le digo tal vez desde mi práctica y visión personal porque lo hemos palpado, entonces yo creo que debe ser un accionar mucho más grande y comenzar a trabajar si en política pública que no solamente albergue la posibilidad de apoyo a las personas en este caso población vulnerable porque se vuelve una población vulnerable sino también a las personas profesionales que atienden a esta población, porque no hay ningún amparo ninguna protección para personas que trabajan en situación de droga dependencia por decirlo asío CETAD a nivel nacional de adultos y adolescentes.

¿Se aplican las políticas públicas en lo referente a infraestructura, modelos de intervención terapéutica, profesionales capacitados, atención a usuarios en los CETAD?

Sí, yo creo que lo que es CETAD ya se tiene una mejor estructura a nivel del trabajo, porque los que cuentan con terapeutas ocupacionales desde la Asociación se ha mandado la elaboración de perfiles de cómo debe trabajar. Uno de los CETAD referentes se puede decir es el de varones de la Vicentina, no todos los CETAD son así, no conozco todos los CETAD porque a nivel nacional existe en todo el país, pero lo que existe a mi área nosotros si hacemos un pequeño seguimiento con los compañeros y existe una estructura. Debe existir una estructura para que esa persona estructurada se acople a la estructura porque si no hay un centro

estructurado porque si no hay un proceso estructurado acorde a lo que el usuario necesita pues no va a ver ningún avance, debe haber una estructura para que se pueda hacer las cosas desde el momento de la entrada, el protocolo, desde el momento del ingreso a las instalaciones, todo lo que se va hacer debe estar dentro de una estructura.

En cuanto a las diferencias, claro que si existen diferencias, yo creo que a nivel público quizás hay una mejora, no conozco de todos, porque usted debe rendir cuentas al Estado pese a que en el Estado existen muchas falencias usted debe hacer un seguimiento y en adolescentes es mucho más el proceso de seguimiento porque muchos de ellos entran con medida judicial y usted tiene que mandar informes mensuales o semanales dependiendo el caso, vienen hacer supervisiones, hay que dar seguimientos constantes, hay que ir a declaraciones, usted tiene que manejar una estructura de equipo interdisciplinario porque si no, no se va poder hacer las cosas incluso a usted como profesional lo pueden denunciar. A nivel privado desconozco, la verdad: pero habido muchas denuncias de lo que no se está haciendo correctamente dentro de los centros especializados por decirlo así privados, puede existir centros privados que tengo la referencia de un lugar que es en el valle que es muy bueno que es privado, pero no todos los centros privados van a ser lo mismo, desconozco el funcionamiento de un lugar privado pero igual al momento de sacar los permisos debe existir una estructura por lo menos siempre piden permiso de que exista un médico, un terapeuta un enfermero, por lo menos de tres a cuatro personas del equipo interdisciplinario.

¿Cuáles son los principales problemas para la aplicación correcta de la política pública en Centros Especializados en Tratamiento de Adicciones?

Sí creo que hay problemas de base en lo que es Políticas Públicas y que hay que profundizar y hay que mejorar. Si existe, pues existe, hay que profundizar y hacer un trabajo grande. Mejorar la situación interna del protocolo de atención por ejemplo o de los procesos que se viene haciendo hasta que la persona llegue, por ejemplo, proceso de adolescente es una situación bastante problemática, unos entran con medida judicial otras mandan a través de los SAID que son los servicios de ambulatorio intensivo de los Centros de Salud pero a veces no los hacen, o sea no todos se sigue al pie de la letra el protocolo que debe hacerse y tampoco hay un seguimiento como debe hacer a través de Estado sino que las personas que ya asumen la responsabilidad en este caso los CETAD en especial lo que son adolescente hombres y mujeres toman la posta para hacer la situación porque el Estado porque hay un centro especializado pero hasta ahí llegan y no hay más allá no hay un trabajo más profundo de qué pasa con las demás poblaciones que se van quedando porque hacen muchos más centros pero hay más personas con

problemas de adicciones cada día. Puede existir política, pero es un problema la política pública.

¿Qué acciones debería tomar el Estado para evitar la proliferación de CETAD clandestinos?

Yo creo que ahí incluso deberían cambiar algunas situaciones, en general se puede decir que sí, pero el mismo ACCES tampoco sabe que personas deben estar dentro de un Centro, por ejemplo ellos hacen las cosas administrativas pero a nosotros nos ha llegado denuncias a través de la Asociación de que no tienen idea de que debe existir un terapeuta dentro de esta un terapeuta ocupacional me refiero dentro de estas instancias del CETAD y es como que uno de los pilares que debe existir con el psicólogo, el psiquiatra, todo el personal inter disciplinario. Por ejemplo, no sé si es en todos hay personas que han visitado en lo interior a lo rural para dar los permisos de funcionamiento a estos centros y no tiene ni idea que es necesario que exista un terapeuta ocupacional o sea no tienen la conciencia de que tipo de profesionales debe existir en un Centro Especializado y desde ahí es un problema. Más allá de que exista una infraestructura, que la cuestión administrativa y todo eso. Claro que se establece en la norma. Pero las personas que trabajan no lo saben, no lo profundizan desde ahí hay una falencia, por ejemplo. Puede ser una inoperancia del Estado, claro que sí, pero las personas que van a trabajar debe haber un proceso de inducción, si vas a supervisar un lugar debes saber los por menores de lo que se va hacer en ese lugar, entonces también creo que si se debe profundizar muchas más cosas dentro de los permisos de funcionamiento porque habido tantas denuncias de los centros especializados entre comillas que resulta que no son especializados y ni siquiera cuentan con un médico pero ya tenían los permisos por ejemplo. Pero hay que estar constantemente revisando, constantemente tienen que estar haciendo supervisiones porque no pueden existir estos centros clandestinos que a nosotros nos llegaba adolescentes que venían de estos centros, si eran centros donde tenían los permisos de funcionamiento con todo al día en los papeles, pero no tenían todo el equipo que se necesita para tratar a las personas con adicciones, yo creo que sí debe ser una supervisión constante al personal y a los centros y a las personas que laboran en estos lugares.

¿Cómo ajustar las políticas públicas para una mejor operación de los CETAD?

Yo creería que de base se debería trabajar con los señores Asambleístas de hecho se estaba trabajando nosotros tuvimos el año pasado se estaba trabajando, soy presidenta de la Asociación de Terapeutas de mi carrera yo fui en dos ocasiones, se hizo, se firmó con la Ministra se firmó con otros ministerios , misterio de Salud, Ministerio del Interior, incluso con la Asamblea Nacional para mejorar estas cuestiones de política pública, pero como digo se quedó

en ese asunto pero como digo se quedó en ese asunto o sea iniciaron toda la cuestión pero no habido un avance yo creo más que nada volver nuevamente a los papeles a la Constitución y volver hacer leyes que realmente amparen a la población vulnerable con procesos de adicciones creo que va desde allí. Nosotros en lo profesional hacemos nuestro trabajo, ya lo emergente lo que podemos hacer, pero más allá de ya no podemos hacer porque es una cuestión del Estado ellos deben trabajar desde la raíz porque si no se trabaja desde la raíz no se puede avanzar. Hubo un encuentro donde se firmó un acuerdo, estuvimos presentes, pero hasta el día de hoy no se ha podido avanzar más allá. Con un mejor seguimiento a los CETAD, no solamente que se cumpla con los requisitos de papel, sino que exista un constante seguimiento a las personas y profesionales que trabajan en estos centros especializados.

¿Es necesario realizar cambios en la política pública en el ámbito de drogas para una mejor aplicación de las mismas?

No nos metemos en política pública como le digo porque es algo que se sale de nuestras manos, pero nosotros trabajamos mucho con metodología cognitivo conductual que trabajamos todo el proceso que como vienen de una desestructura social global, familiar, entorno, todo. Trabajamos para devolver el desempeño ocupacional de la persona porque tiene una desestructuración y trabajamos desde cero cambiando todo lo que son hábitos, rutinas, volviendo el camino a la persona, porque desde un cepillado de dientes, al bañarse cada día, al asearse, totalmente no hay esa estructura y volverse a la estructura es nuestro trabajo en compañía de los demás profesionales obviamente todo va de la mano, tiene que ser un trabajo mancomunado, un trabajo en equipo, sino no se puede avanzar. Entonces la función de un terapeuta en este tipo de CETAD es estructurar todas las actividades que estén dentro de estos lugares y con el usuario, paciente elaboramos una serie de entrevistas para ver cómo está su desempeño vocacional, como están sus rutinas, como están sus actividades de la vida diaria, como están sus actividades instrumentales al igual que en la vida familiar que pasó, que rol ocupaba, porque muchas veces que hay entrevistas que son entre compadres resulta que la mamá pasó a ser la hija, y la hija pasó a ser la mamá entonces los roles ocupacionales están totalmente desestructurados y volver a trabajar eso también es un reto, porque muchas cosas suceden desde la base de la familia y volver a trabajar todas estas cuestiones de roles, de rutinas a nivel familiar e individual es un reto. Entonces uno de los objetivos por decirlo así es volver a la persona que tenga una estabilidad emocional, conductual, un equilibrio ocupacional y con ello mejore su desempeño ocupacional de su vida cotidiana. En cuanto a los resultados yo siempre digo nosotros podemos hacer la acción, siempre va de la mano con la voluntariedad de la persona, usted sabe que sin la voluntad

de la persona nosotros no podemos avanzar y esto es un apoyo entre psicólogo, entre terapeuta, entre psiquiatra, entre todos, porque todos vamos a trabajar; por eso hay reuniones de equipo cada semana, se hablaba del caso tal esto se va hacer y esto no se debe hacer, esto se va a quitar, esto se va a aumentar. El trabajo del terapeuta siempre va a ir de la mano con el trabajo del equipo técnico y como digo debe existir la voluntariedad, si existe la voluntariedad el proceso de seis meses que determina el Ministerio de Salud Pública y se pudo avanzar genial, de ahí obviamente afuera es cuestión de la persona y de su voluntariedad y de lo que quiera hacer.

TESTIMONIO DE VIDA

Miembro Fundación “Calef”

Ubicada en el sector sur del DMQ, Fundación “Calef” ayuda a personas que han consumido drogas y llegan a esta organización luego de haber pasado por procesos de rehabilitación como por ejemplo CETAD en el sur de la ciudad, REMAR, y de organizaciones del Municipio del DMQ.

Presento este testimonio de la persona que dirige esta institución no gubernamental de una experiencia de vida que califica desde su vivir como persona que tuvo problemática de consumo de drogas y paso a dirigir una organización para ayudar a otras personas, Testimonio que aporta desde la experiencia de vida mas no desde el conocimiento científico.

Por el estigma que tiene la sociedad la persona que dio su testimonio solicito mantenerse en anonimato.

“Mi fundación cumple con ayudar a personas que salen de cumplir un proceso, le pongo un ejemplo si usted tiene un problema con un chico que tiene problemas con droga, entonces el chico pasa aquí de un mes a un mes y medio, va a tratar aquí con las personas de la casa hogar de ahí la persona obtiene un trabajo. Cómo es ese trabajo. Aquí los chicos reciben aquí una ayuda espiritual y tenemos control de las actividades que serían las personas que nos ayudan con la Psicología. De allí esos salen a trabajar y tienen una paga diaria de diez dólares, esta persona sigue continuando para volverse a dar una oportunidad. Si usted no le da una oportunidad de regresar a la casa ¿Dónde a ir él? Por ejemplo, vuelven a la calle, vuelven a la droga, vuelven al alcohol, vuelven al robo a todo esto. Entonces, que hago con el señor comenzamos a tratar con el tratamiento espiritual, él ya puede salir a conseguir trabajo, si desea se queda trabajando con nosotros aquí, si desea ya puede armar su carpeta, buscar su trabajo, arrendar su cuarto. Fundación “Calef” le da la comida, las cobijas, las sábanas, un mostrador para que ellos puedan

con sus vidas. ¿Cómo tenemos fondos? Nosotros veré, si son tres, si salen tres personas a vender, se le paga 10 dólares a cada uno, ellos venden una canasta de 30 dólares, Se saca 10 de la inversión y 10 queda aquí. Nosotros vendemos galletas con melvas y unas cositas, ellos dejan un mensaje, porque la ayuda que damos nosotros es basados en la palabra de Dios, nosotros creemos que Dios nos ha cambiado literalmente la vida y lo ha hecho. Porque le cuento esto de una vez, porque yo lo viví con mi propia vida, yo estuve en una Fundación de “Vuelta a la vida”, que trabaja directamente con personas de drogas y alcohol, entonces yo cumplo un ciclo en de vuelta a la vida, entonces yo vi que no hay una continuación, como es esto, por ejemplo, yo ya salí pero mi madre por tantas cosas que yo he hecho no me daba entrada, entonces yo le cuento algo de mi testimonio yo robaba, asaltaba, yo usaba drogas, usaba base de cocaína, pero ya no era la base de cocaína, ya no me llenaba la base de coca, simplemente por el hecho de que topé fondo me quedé solo, mi familia por ende que se fui un delincuente se apartó me dejó solo. Vivía en el bosque de la Pasteurizadora Quito, de ahí Dios me cambió la vida. Estuve en un grupo “24 horas” y de ahí estuve en la Fundación “de vuelta a la vida”. Yo no tenía conocimiento que había que había centros del Estado. Me llevaron primeramente al grupo “24 horas” y de ahí me llevaron a la Fundación “de vuelta a la vida” esos tratamientos yo he recibido y yo más de seis años no tengo recaídas...”

El Estado ahora si ya está ayudando a las personas de drogas y alcohol, tengo conocimiento de que existen CETAD, Habitantes de la calle, HV2, en el Puente 7, en el Puente 8, si existen ayudas. Pero el cambio es voluntario que marca el querer cambiar, es la decisión tomada que nosotros tenemos un problema y que somos impotentes ante la droga y el alcohol. Es un paso grande, entonces, si la persona no puede ir a golpear la puerta de un establecimiento y poder cambiar, pero si no acepta que en su vida la droga le hizo daño. El gobierno está ayudando con bastantes cosas, está ayudando con talleres de origami, carpintería, cerrajería, con terapias directamente con psicólogos clínicos.

El MIES ayuda bastante. Las políticas si están bien establecidas. Por ejemplo, si usted habla con un psicólogo clínico el tratamiento para las personas de drogas y alcohol es el mismo proceso en todos lados, lo que marca la diferencia, lo que marca la diferencia es la persona. El centro donde uno estese es igual. Los tratamientos son los mismo en cualquier lugar de drogas y alcohol.

Las políticas si están bien y como le dije todo depende de la persona. Los CETAD están bien porque si usted desea cambiar deja de consumir, si usted necesita ayuda lógicamente va a dejar de consumir. Para poder entrar a un CETAD usted debe tener un tiempo sin consumo, entonces el CETAD le medican y todo eso. Yo he visto que trabajan en Chimbacalle para poder

ingresarles allá, ahí le hacen el seguimiento de la persona antes de ingresarle al CETAD. Igual el Municipio en HV2 y Habitantes de la calle lo que hace es absorberle a la casa en que consiste esto, que la persona pasa en la casa, trabaja en sus actividades, si cumple un proceso de que la persona ha dejado de consumir esto quiere decir que quiere cambiar y pasará a HV2 Hogar de vida 2.

Los costos de un lugar a otro son distintos, depende como en el Centro Privado se maneje, por ejemplo, aquí tenemos personas que han salido de clínicas y es el mismo trato, sino que las instalaciones del CETAD son más modernas y eso le hace la diferencia. Lo particular usted sabrá que hay clínicas de 200 y 300 dólares mensuales como hay clínicas de 800, 900, 1000 hasta 1200 dólares mensuales, que por una habitación van a tener un mejor estilo de rehabilitación y eso es todo.

Galería de fotos

Centro de Atención Juvenil “La Dolorosa”. Padres Capuchinos.
(atención a población adolescente femenino y masculino)



Ingreso a Centro



Espacios recreacionales



Talleres de Cocina



Talleres de belleza

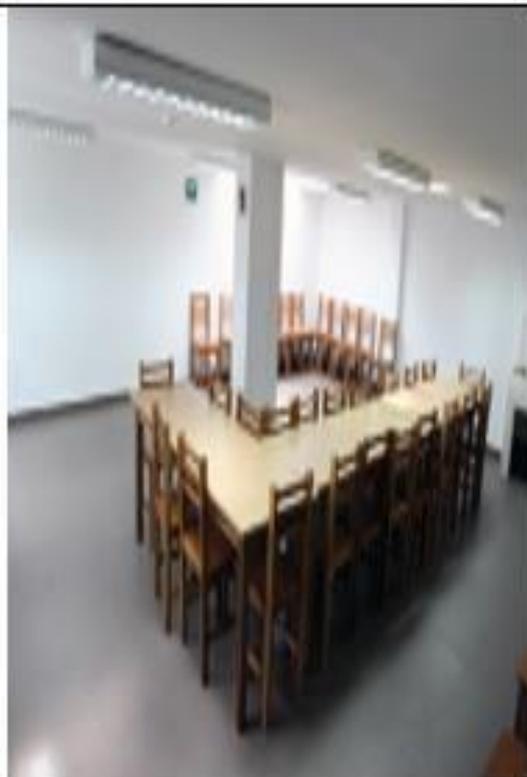
CETAD PUMA MAQUI
(atención a mujeres adolescentes)



Ingreso



Habitaciones



Area de Comedor

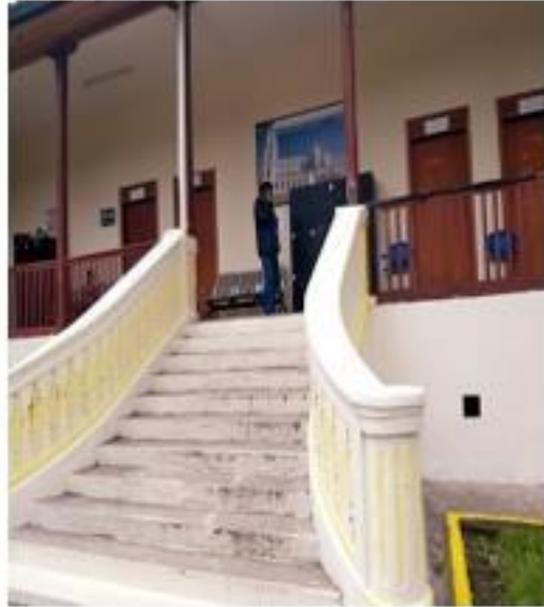


Cocina

CETAD "CARLOS DIAZ" Dirección Distrital MSP 17D04
(atención género masculino adulto)



Consultorios



Auditorio (Sala de reuniones)



Capacitación estudiantes escolarizados.



Area de terapia ocupacional



Áreas recreativas



Áreas recreativas



Huerto



Lema de la Casa