

LA RESPUESTA SANITARIA FRENTE AL USO ILÍCITO DE DROGAS EN ECUADOR

Jorge Vicente Paladines

Introducción: de la despenalización penal a la despenalización social

El estudio del uso o consumo ilícito de drogas nos conduce a muchos ámbitos del “derecho”. Uno de ellos, el más predominante y doloroso en cuanto al respeto a la libertad es sin duda el Derecho penal. En Ecuador, sin embargo, esta práctica se encuentra atenuada semántica o formalmente en su vigente Constitución de la República de 2008, que de plano marca la cancha al remitir cualquier medida o política –incluso la política criminal– sobre este tema al campo de la salud pública. Así, el artículo 364 en su parte pertinente señala que: *“Las adicciones son un problema de salud pública...En ningún caso se permitirá su criminalización ni se vulnerarán sus derechos constitucionales”*. No es la ley infraconstitucional ni la jurisprudencia ecuatoriana la que prohíbe la criminalización de los usuarios de drogas, sino su misma Carta Magna.

De forma paralela y subalterna, mientras la Constitución prohíbe remitir al sistema penal a las personas que usan ilícitamente drogas, la Ley de Sustancias Estupefacientes o Psicotrópicas (Ley 108) en su artículo 62 criminaliza el hecho de “tener” o “poseer” sustancias sujetas a fiscalización, despertando con ello las sospechas de si es la norma infraconstitucional la que efectiviza contrafacticamente las detenciones por uso ilícito de drogas. Solo en lo que va del 2014 se encuentran sentenciadas con condena 5.103 personas bajo las penas del delito de tenencia o posesión de sustancias estupefacientes o psicotrópicas (Art. 62 Ley 108), de un total de 6.467 detenciones frente a los demás delitos de drogas como fabricación, transporte, tráfico, entre otros¹. Como es notorio, cerca del 80% de las detenciones se practicaron sobre personas que tuvieron en sus cuerpos o domicilios sustancias sujetas a fiscalización². Con ello aumentan las presunciones de si, posiblemente, se trataron de usuarios ilícitos de drogas sobre los cuales nunca debió aplicárseles sanciones penales sino, por el contrario y de forma voluntaria, el servicio público de salud.

¹ Reporte del Sistema de Gestión Documental por Procesos (SGDP) de la Defensoría Pública del Ecuador en cruce de información con el Observatorio de Drogas del Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas (CONSEP), desde enero de 2007 hasta el 11 de febrero de 2014. Cabe advertir que las mencionadas cifras son las más austeras, puesto que sólo corresponden a las registradas en la Defensoría Pública sin sumar las que fueron patrocinadas por defensores particulares.

² La pena por *tenencia o posesión* según el artículo 62 de la Ley 108 es de doce a diez y seis años de reclusión mayor extraordinaria. El referido tipo penal se describe de la siguiente forma: *“Quienes sin autorización legal o despacho de receta médica previa, posean o tengan, con su consentimiento expreso o tácito, deducible de una o más circunstancias, sustancias estupefacientes o psicotrópicas, en sus personas, ropas, valijas, muebles, en su domicilio, lugar de trabajo o cualquier otro sitio del que sean propietarios, arrendatarios, tenedores u ocupantes a cualquier título, o que esté bajo su dependencia o control, serán sancionados con la pena de doce a diez y seis años de reclusión mayor extraordinaria y multa de sesenta a ocho mil salarios mínimos vitales generales”*.

Frente a este doble registro para el tratamiento del uso ilícito de drogas, algunos países de América Latina proscribieron penalizar el acto de usar o consumir ilícitamente, tal como ha ocurrido en la jurisprudencia de la Corte Constitucional de Colombia (a partir de la sentencia 221-94) y de la Corte Suprema de Argentina (fallo “Arriola” de 2009), afianzando de manera expresa la prohibición de criminalizar su consumo. Para sellar internacionalmente este principio, el 17 de mayo de 2013 la Organización de Estados Americanos (OEA) publicó el informe intitulado como “El problema de las drogas en las Américas”, donde además de sugerir la profundización del debate sobre la necesidad de revisar las políticas y legislaciones en favor de la despenalización del consumo, refuerza el enfoque de la salud pública bajo la perspectiva de centrar su discusión hacia el tratamiento y la rehabilitación de los usuarios.

Tanto en el contexto internacional como en el nacional, la despenalización del consumo ilícito de drogas es un estándar que impone a nuestros estados el empleo de la política sanitaria en lugar de la vía punitiva. No obstante, ¿cómo ha aplicado el estado el derecho a la salud de los usuarios ilícitos de drogas?, ¿cuáles han sido las políticas sanitarias para abordar este problema?, ¿existe un sesgo prohibicionista en el enfoque social del consumo ilícito de drogas?, ¿son efectivamente públicas o estatales las políticas?, ¿cuáles son las perspectivas político-sociales para la despenalización de las drogas?; y, ¿está preparado Ecuador para asumir este reto?

A partir de las interrogantes precedentes se analizarán las condiciones socio-jurídico y políticas en que se desarrollan los derechos de los usuarios ilícitos de drogas en Ecuador. Dicho análisis será evacuado mediante la metodología empleada por la *medicina preventiva* que han adoptado en la política pública sanitaria muchos de nuestros estados. En consecuencia, se usarán como etapas de análisis los enfoques primarios, secundarios, terciarios y cuaternarios para el tratamiento público de las enfermedades, siendo cada uno de ellos un *input* sin *output* que, a su vez, deben cumplir con las tres grandes obligaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2008: 37-41), que son: respetar (el disfrute de derechos), proteger (que terceros no interfieran en el derecho a la salud) y realizar (toda medida política o legislativa para impulsar el derecho).

De esta forma, en la prevención primaria se apuesta a la información y generación de conciencia sobre los eventuales daños que produce el consumo de drogas; al cabo que con la prevención secundaria se muestran los grupos sobre los cuales existen posibles prácticas de consumo, tanto lícitas como ilícitas de drogas. La prevención terciaria, por su parte, ejecuta los programas de tratamiento para el abandono terapéutico de las dependencias, enarbolando en sí una fase mucho más empírica por estar en relación directa con las personas; y, finalmente, la prevención cuaternaria suspende o elimina el curso causal de los excesos del tratamiento cuando éstos dejan de ser efectivos, abriendo otras posibilidades de abordaje del problema. Al final, se trata de observar cómo en los hechos lo social y lo político podrían estructurar

una dimensión paralela frente a la criminalización del consumo ilícito de drogas, lo que nos conduce a sospechar que algunas funciones del prohibicionismo penal reaparecen en la práctica sanitaria.

Gráfico 1. Derechos de los usuarios drogas de uso ilícito



Fuente: Elaboración propia

1. La prevención primaria y el silencio de los usos ilícitos

El primer eslabón dentro de las políticas sociales de prevención de drogas se asienta en las múltiples campañas para la promoción de los derechos en cuanto a la prevención del consumo lícito e ilícito de drogas, informando a la población sobre los riesgos que éstas pueden provocar por ser sustancias o preparados no inocuos, es decir cuyos efectos no son inofensivos³. Los metamensajes en este sentido parten de un *ethos* que exalta la existencia misma de la especie humana, pues bajo el ideal de preservar “la salud física y moral de la humanidad”, las convenciones internacionales sobre drogas de 1961 y 1971 han incorporado en sus preámbulos similares axiomas bajo el compromiso que la comunidad internacional no tolere el consumo ilícito de drogas. A partir de metáforas tan abstractas, comienza el desplazamiento y reproche de la autonomía de la voluntad frente al uso de drogas por ser la fuente del denominado “uso indebido”; por ende, el uso ilícito de drogas aunque sea voluntario está proscrito. A

³ La Ley No. 30 del 29 de noviembre de 2000 de Portugal implementó los umbrales que delimitan la posesión o tenencia de drogas por el consumo de hasta diez días, incluyendo *policonsumos* que se reglamentan de la siguiente manera: 25 gramos de cannabis; 5 gramos de hachís; 2 gramos de cocaína; 1 gramo de heroína; 10 pastillas de LSD o éxtasis, entre otros. En contrapartida, su gobierno implementó una eficiente política de prevención para reducir los riesgos del consumo y, consecuentemente, estructuró programas para el tratamiento y la inclusión social de las personas en situación de dependencia. Con políticas y programas eficientes de prevención, Portugal no se convirtió precisamente en un destino turístico para el consumo ilícito de drogas en Europa (Domoslawsky, 2012: 31 y 56).

pesar que el consumo de alcohol y tabaco –así como de una serie de alimentos como azúcares y grasas– también pueden provocar dependencias⁴, la vigente Ley Orgánica de Salud del Ecuador prohíbe *enfáticamente* el consumo recreativo o voluntario de sustancias estupefacientes y psicotrópicas, aludiendo bajo esta nomenclatura que se refiere a las drogas ilícitas o sujetas a fiscalización⁵. Así, esta norma solo admite el uso de sustancias sujetas a fiscalización mediante vigilancia médica, tal como lo señala su artículo 51 que dice:

“Está prohibido la producción, comercialización, distribución y *consumo* de estupefacientes y psicotrópicos y otras sustancias adictivas, *salvo el uso terapéutico y bajo prescripción médica*, que serán controlados por la autoridad sanitaria nacional, de acuerdo a lo establecido en la legislación pertinente.” (Cursivas mías)

Al descartarse normativamente el uso voluntario o recreativo de drogas sujetas a fiscalización para relegarlo al control medicinal, científico o terapéutico, se desarrolla un solo marco ético y cultural para su prevención, el cual es impulsado a partir de la directriz político-moral de evitar el consumo ilícito a toda costa. A través de este imperativo, no se reconocen los derechos que también tienen las personas que usan ilícitamente drogas –y que como tal son asumidas como grupos de atención prioritaria según el artículo 52 de la Constitución de la República⁶–, negando otras subjetividades y modelos de intervención que hubiesen incorporado de forma integral y conjunta diversos procesos de información en aras de hacerlos más inclusivos.

Las campañas informativas o de educación para nuestra población no solo implican emitir mensajes de prevención hacia niñas, niños y adolescentes o estudiantes y trabajadores, sino también a las personas adultas, a las privadas de la libertad e incluso a quienes usan ilícitamente drogas. Sin embargo, la prevención basada en el abstencionismo o la evitación total del consumo ilícito niega el reconocimiento de los derechos que como consumidores tienen los usuarios de sustancias sujetas a fiscalización, al enviar los únicos mensajes a las mayorías y no también a quienes se encuentran en las distintas situaciones de uso ilícito. La prevención social cae en el mismo prohibicionismo penal al enfocar la promoción de los derechos a la población no consumidora o usuaria de drogas ilegales. Se genera entonces un binarismo, un solo marco referencial de la prevención que enfoca con contundencia los mensajes de riesgo a quienes *no deben ser* consumidores sin incluir a quienes *también lo son*. Quedan al

⁴ Según la Tercera Encuesta Nacional sobre consumo de drogas en estudiantes de enseñanza media (12-17 años) elaborada por el CONSEP y publicada en 2009, el 79,4% de los estudiantes encuestados a nivel nacional ha consumido bebidas alcohólicas alguna vez en su vida, mientras que el 46% ha fumado cigarrillos de compra y venta convencional. En esta encuesta el alcohol y el tabaco develan los principales índices de consumos en las y los adolescentes del país.

⁵ La Ley Orgánica de Salud Pública del Ecuador (LOS) entiende por sustancias estupefacientes y psicotrópicas a las denominadas *drogas ilegales*. Sin prohibir absolutamente su consumo, le da un tratamiento diferenciado al tabaco y a las bebidas alcohólicas a través de distintas normas para su prevención, tal como lo señalan sus artículos 39 y 46. Así por ejemplo, su artículo 39 establece que: “La autoridad sanitaria nacional en coordinación con el Ministerio de Educación y Cultura, las universidades, los gobiernos seccionales y la sociedad civil, diseñará y ejecutará planes y programas de educación y prevención del consumo del tabaco y sus productos”. Igual enunciado mantiene el artículo 46 que versa sobre la prevención de bebidas alcohólicas.

⁶ Artículo 52 de la Constitución de la República: “Las personas tienen derecho a disponer de bienes y servicios de óptima calidad y a elegirlos con libertad, así como a una información precisa y no engañosa sobre su contenido y características”.

margen los diferentes grupos que, usando de forma ocasional, habitual o problemática las drogas ilegales, deberían ser beneficiarios de las campañas de prevención primaria no solo para evitar o interrumpir su consumo, sino también para mitigar sus efectos y aumento de riesgos. Tal es así que la reciente Ley Orgánica para la Regulación y Control del Tabaco, reproduce la prevención prohibicionista al sostener enfáticamente en su artículo 13 lo siguiente:

“La Autoridad Sanitaria Nacional y la Autoridad Educativa Nacional, en coordinación con otras instituciones públicas, privadas y de la sociedad civil, programarán y ejecutarán actividades y campañas de información, comunicación y educación y hará uso de todos los recursos y herramientas tecnológicas para prevenir el consumo de tabaco por parte de la población y, en particular, de las y los trabajadores, la niñez y la juventud”⁷.

La prevención basada únicamente en la abstinencia, sin incluir la reducción daños, no ha generado los efectos buscados. Los ‘mensajes duros’ como estrategia del *marketing social* tampoco han reducido significativamente los niveles de consumo lícito e ilícito de drogas en la población destinada a prevenir (Hallam et. al, 2012: 70). Esto ha provocado un ambivalente y contradictorio panorama preventivo, pues mientras el expendio de alcohol para niñas, niños y adolescentes está prohibido al igual que su venta para adultos a partir de las 00H00 de lunes a jueves, las 02H00 de los viernes y sábados, y en las veinticuatro horas de todos los domingos, según el Decreto Ejecutivo No. 1470⁸, las campañas en favor del consumo de cerveza resaltan incluso en los auspicios de organizaciones deportivas como la Selección Ecuatoriana de Fútbol. La estimulación publicitaria para el consumo de cerveza, tanto en estadios, banners así como en la radio y televisión⁹, contradice y viola lo establecido en el artículo 48 de la misma Ley Orgánica de Salud, que señala:

“La publicidad de bebidas alcohólicas por ningún motivo se vinculará a la salud, *al éxito del deportivo* o a la imagen de la mujer como símbolo sexual. La autoridad sanitaria nacional vigilará y controlará el cumplimiento de esta disposición” (Cursivas mías).

⁷ El Ministerio de Salud Pública del Ecuador ha establecido programas para prevenir el consumo de cigarrillos a través de la campaña “Ecuador libre de humo de tabaco”. Esta campaña incorpora en los paquetes de cigarrillos la publicidad sobre los graves riesgos del tabaquismo, cuyas consecuencias se traducen en la muerte de cerca de 4 mil personas al año en el país. Para el presente año el lema de la lucha anti tabáquica será la “Prohibición total de la publicidad, la promoción y el patrocinio del tabaco”. Además, se propone una nueva ronda de mensajes que intitulen contenidos como: “El humo del tabaco contiene más de 4 000 tóxicos, entre ellos: arsénico, monóxido de carbono, cianuro, amoníaco y más de 50 sustancias cancerígenas”. Véase: <http://www.salud.gob.ec/tag/ecuador-libre-de-humo-de-tabaco/> (acceso 27/08/13)

⁸ El artículo 40 de la LOS señala: “*Se prohíbe la distribución o entrega de productos de tabaco, sea a título gratuito u oneroso, a personas menores de 18 años; así como su venta y consumo en establecimientos educativos, de salud y de expendio de medicamentos*”. Así mismo, en igual enunciado su artículo 47 dice: “*Se prohíbe la distribución o entrega de bebidas alcohólicas, sea a título gratuito u oneroso, a personas menores de 18 años; así como su venta y consumo en establecimientos educativos, de salud y de expendio de medicamentos*”.

⁹ Según la Cuarta Encuesta Nacional sobre uso de drogas en estudiantes de 12 a 17 años elaborada por el CONSEP y publicada en diciembre de 2012, de 514.962 estudiantes encuestados a nivel nacional, el 32,3 % que admitieron consumir alcohol el último año de su colegiatura señalaron que la bebida alcohólica que usaron preferentemente era la cerveza.

Imagen 1. Selección Ecuatoriana de Fútbol auspiciada por cerveza Pilsener

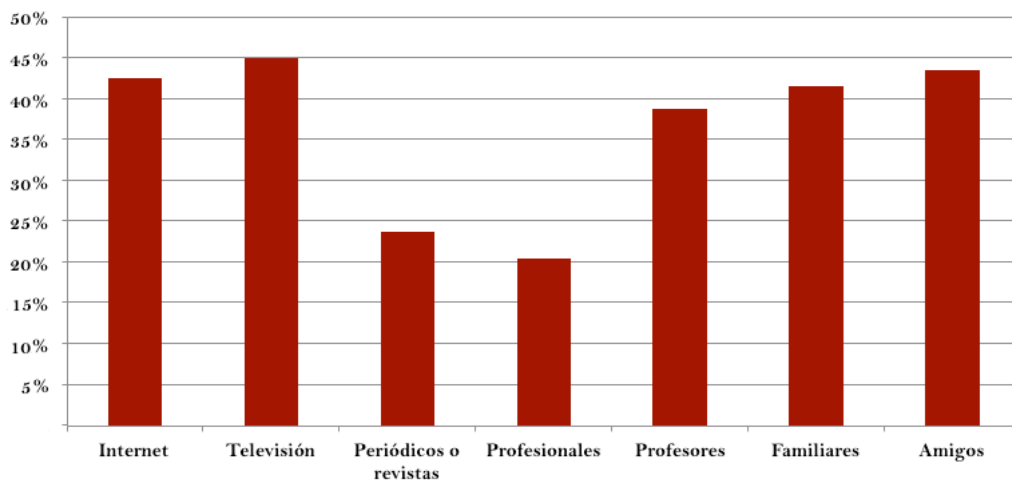


Foto de la Selección Ecuatoriana de Fútbol y su auspiciante la cerveza Pilsener¹⁰

La mayor parte de la emisión del mensaje sobre drogas no está estructurado por medio de profesionales involucrados con su estudio o tratamiento. Directa, indirecta o subliminalmente, la población es informada sobre el uso de drogas a través de fuentes como la televisión, internet, familiares o amigos, mediante un cargado lenguaje de prejuicios y mitos sobre sus usos sin importar las reales vivencias de sus sujetos (Tenorio, 2009: 41-51). La calidad de la información para la prevención de drogas depende en gran medida de la televisión (Sartori, 1998: 27-41), construyendo una especie de *homo videns* que connotativa –y no denotativamente– introyecta de forma narcotizada la sesgada diferencia entre “drogas” y “alcohol”. De esta forma, el 45% de los estudiantes encuestados al 2012 en Ecuador aseguran que la información sobre drogas les llega a través de la televisión; el 43,5% mediante su comunicación con los amigos; el 42,5 a través del internet y redes sociales; el 41,5% por vía de familiares como padres y hermanos; el 38,7% mediante algunos profesores de colegio; el 23,7% a través de revistas o periódicos; y, finalmente, el 20,4% a través de profesionales preparados para la prevención.

¹⁰ Imagen tomada de: <http://sinmiedosec.com/ranking-de-selecciones-fifa-agosto-2013/> (acceso 30/09/13).

Gráfico 2. Fuentes de Información sobre Drogas



Fuente: Cuarta encuesta nacional sobre uso de drogas en estudiantes de 12 a 17 años
Elaborado por Observatorio Nacional de Drogas (CONSEP: 2012)

Los mensajes no distinguen el momento en que el uso lícito o ilícito de drogas se convierte en un problema de salud pública. Los procesos educativos corren el grave riesgo de estar distorsionados por el enfoque exclusivamente de salud. Tal imprecisión se colige de Constitución de la República al concebir en su artículo 364 que todas las formas del consumo de drogas deben ir al campo de la salud pública, negando otros niveles o grados de intervención del problema. A pesar de ser un artículo interesante para evitar que los usuarios sean confundidos por delincuentes, semánticamente está cargado de prejuicios al asociar como “adicciones” no solo a los consumos problemáticos, sino también a los ocasionales y habituales. Por ende, se generan dos problemas: el primero de orden social, al no establecer las fronteras entre las campañas educativas y las de rehabilitación, asumiendo que en cualquiera de los niveles de uso le corresponde la misma política de salud; y, el segundo de orden penal, al exigir judicialmente que sólo puedan ser sujetos del beneficio de la prohibición de criminalización quienes se encuentren en una situación de dependencia o uso problemático, es decir, quienes sean “adictos”, lo cual se demostrará más adelante.

La prevención del consumo de drogas (alcohol, cigarrillo, marihuana, cocaína o cualquier otra) debe enfatizar también en las aptitudes preexistentes para su consumo –como el padecer hipertensión arterial o diabetes–, así como en las actitudes o hábitos para su uso –mezclar con otras sustancias o emplear maquinarias que pueden producir un peligro–, lo cual aumenta los niveles de riesgo. Por ello, las campañas de prevención deben partir de los comportamientos originales y los daños manifiestos sin que afecte la autonomía de la voluntad, tal como a continuación se muestra para el caso de los efectos, riesgos y recomendaciones sobre el uso de marihuana, cocaína, éxtasis, LSD y ketamina¹¹:

¹¹ Las presentes tablas son parte de la campaña de prevención construida por el colectivo “Échele Cabeza” de la ciudad de Bogotá en Colombia, en donde se reconocen las implicaciones que conlleva el consumo ilícito de drogas. No obstante, se respeta el derecho a ser

Marihuana	
Efectos	- Relajación y risa incontrolable. - Aumento de la percepción de la música y los sentidos. - Reducción del dolor y la fatiga. - Hambre y sed (boca seca)
Riesgos	- La mezcla con alcohol puede bajar la presión arterial, entre otros efectos.
Recomendaciones	- No manipular maquinarias peligrosas o conducir vehículos (automóviles, motos, etc.)

Cocaína	
Efectos	- Euforia y exaltación del estado de ánimo. - Ausencia de fatiga, sueño y hambre.
Riesgos	- Aceleración del ritmo cardíaco y aumento de la presión arterial. - El abuso y mezcla con alcohol y estimulantes (éxtasis o anfetaminas) produce deshidratación, taquicardias, ansiedades y aumento de la temperatura corporal que podrían provocar infartos o la muerte. - El consumo en dosis elevadas o repetidas puede ocasionar paranoias. - Si la inhalación es compartida se puede contagiar de infecciones respiratorias, hongos o hepatitis C.
Recomendaciones	- Mantenerse alimentado e hidratado. - Usar suero para limpiar las fosas nasales. - Machacar o picar la sustancia para evitar hemorragias o congestiones nasales. - No manipular maquinarias peligrosas o conducir vehículos (automóviles, motos, etc.)

Éxtasis	
Efectos	- Euforia, ganas de bailar o realizar alguna actividad física. - Aumento de las sensaciones emocionales. - Cercanía, confianza y empatía hacia los demás.
Riesgos	- La mezcla con alcohol puede ocasionar deshidratación, náuseas y desmayos. - El aumento de las dosis genera ansiedad, nerviosismo, mareo, tensión mandibular y depresión.
Recomendaciones	- Ante el mareo, cansancio o espasmos se debe usar bebidas isotónicas o agua con el efecto de rehidratarse. - No combinar con cocaína para evitar aumento de la presión arterial y del sistema nervioso, lo cual puede provocar derrames u otros efectos no deseados. - No manipular maquinarias peligrosas o conducir vehículos (automóviles, motos, etc.)

LSD	
Efectos	- Amplificador sensorial de estímulos externos (luz, sonido, sabores, texturas, etc.), así como de pensamientos y emociones (felicidad, ansiedad, etc.) - Sensaciones de euforia, sentimientos de introspección y auto exploración. - Percepciones alteradas del mundo, las formas y colores de las cosas también cambian.
Riesgos	- La mezcla con otras sustancias (alcohol, coca, ketamina, etc.) puede generar paranoia, psicosis, pánico, depresión, entre otros efectos.
Recomendaciones	- Guardar la tranquilidad sobre todas las cosas. - No quedarse solo y buscar un lugar cómodo con el objeto de relajarse y que lo efectos pasen rápido. - No habitar lugares cono muchas luces, música o multitudes. - Hidratarse constantemente para evitar la mezcla de licor u otras sustancias. - No manipular maquinarias peligrosas o conducir vehículos (automóviles, motos, etc.)

Ketamina	
Efectos	- Ligera embriaguez. - Distorsión de la percepción. - Alucinación.
Riesgos	- Pérdida del equilibrio provocando peligros de caídas y accidentes. - Entorpecimiento del cuerpo. - Puede producir náuseas mareos, sudores, vértigo y dolor de cabeza. - La mezcla con otras sustancias (alcohol u opiáceos) produce la pérdida de la coordinación, sedación, desmayos y hasta y posible infarto cardiaco.
Recomendaciones	- Buscar un lugar relajado y seguro donde se pueda recostar. - No quedarse ni viajar o movilizarse solo y buscar un lugar cómodo con el objeto de relajarse para que lo efectos pasen rápido. - No manipular maquinarias peligrosas o conducir vehículos (automóviles, motos, etc.)

En Ecuador, las campañas de información no plantean ningún axioma de prevención primaria para la población que se encuentra usando ilícitamente drogas. Por el contrario, sus mensajes educativos van dirigidos a la población que no está inmersa en ninguna circunstancia ilícita del consumo o, que incluso, para aquellas que una vez inmersas se pretende interrumpir o atenuarlo. Anular las políticas de reconocimiento preventivo sobre el uso ilícito de drogas contradice a su vez la definición de salud adoptada por su Constitución Mundial vigente desde 1948, la cual señala que: *“La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”*. Esta definición reconoce no sólo ámbitos objetivos del bienestar sino también subjetivos, concretándose así el

nuevo principio constitucional del ‘Vivir Bien’ o *Sumak Kawsay*¹². Con este principio –de vieja data ancestral para nuestros pueblos– se reconoce la diversidad de las personas así como la de los pueblos, asumiendo el respeto a sus creencias y prácticas en armonía con la naturaleza bajo la adopción de criterios socio-culturales, económicos, climáticos y cósmicos (López, 2011: 26), toda vez que:

“La concepción del Buen Vivir invoca a la idea de “un nosotros” cuyos principios son: la vida en comunidad, el reconocimiento de las diversidades, la garantía de los derechos universales, la igualdad, la integración y la cohesión social, la convivencia solidaria, fraterna y cooperativa y una relación armónica con la naturaleza” (López, 2011: 26).

El Buen Vivir es un mandato constitucional en Ecuador por el cual ninguna persona debe ser excluida de las políticas, planes y programas gubernamentales. Además, la Constitución de la República del Ecuador señala como derechos del Buen Vivir al agua y la alimentación (Arts. 12-13); al ambiente sano (Arts. 14-15); a la comunicación e información (Arts. 16-20); a la cultura y la ciencia (Arts. 21-25); a la educación (Arts. 26-29); al hábitat y vivienda (Arts. 30-31); a la salud (Art. 32); y, al trabajo y seguridad social (Arts. 33-34). En este sentido, sobre las políticas de drogas y la interacción social se ha señalado que:

“Las políticas de drogas y las prácticas de prevención que se buscan implementar tienen su fundamento en el concepto del Buen Vivir entendido como una apuesta al cambio que se construye continuamente para superar los estrechos márgenes del mercantilismo y el consumismo” (CONSEP, 2013: 1)¹³.

La práctica primario preventiva sobre el uso ilícito de drogas no ha incorporado transversalmente los derechos del Buen Vivir, los cuales se asimilar a la política de reducción de daños en cuanto al reconocimiento de la diversidad de sus sujetos y formas de uso. Los mensajes educativos para evitar o reducir el uso lícito e ilícito de drogas no plantean la prevención en situaciones de consumo, propiciando programas prácticamente excluyentes. Finalmente, esta situación se agrava puesto que la prevención primaria sobre los usos ilícitos generada por la Ley 108, impone la intervención policial y ‘cero tolerancia’ para interrumpir punitivamente el uso o consumo aún en domicilios privados, tal como lo señala su vigente artículo 20:

“Los propietarios, administradores o responsables del manejo de lugares de residencia o reunión colectiva comunicarán al agente policial o a la oficina más cercana del CONSEP la existencia de circunstancias que haga presumir la presencia en el interior o alrededor de esos lugares de *núcleos de consumo* o la práctica de tráfico ilícito de sustancias fiscalizadas” (Cursivas mías)¹⁴.

¹² En Bolivia el Buen Vivir es definido como ‘Vivir Bien’ mediante la expresión quechua del *Suma Qamaña*. Véase el artículo 8.I de la Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia. En el sentido del *Suma Qamaña*, el cosmos es entonces medicina integral (*Qullana Pachaxa qullawa*). Véase Clares Quenta et. al. (2011: 17).

¹³ La citada expresión forma parte del marco teórico para la prevención establecido por el CONSEP. Véase: <http://www.consep.gob.ec/referente-teorico-de-prevencion/> (acceso 09/09/13)

¹⁴ Durante el último año se han registrado allanamientos a domicilios por medio de la policía antinarcótics, con el fin de interrumpir el uso o consumo ilícito de drogas para remitir al sistema penal a sus usuarios. Estas irrupciones se hacen generalmente por ‘denuncias anónimas’, en especial frente a fiestas o celebraciones privadas. Además, las capacitaciones en colegios sobre prevención

2. La prevención secundaria y el enfoque adolescente del consumo.

La prevención secundaria parte de la identificación de los grupos de personas que se encuentran en situación de riesgo frente al consumo lícito e ilícito de drogas. Los grupos seleccionados son generalmente analizados desde las estadísticas que se reportan dentro del sistema nacional de salud. Así por ejemplo, se puede identificar en Ecuador que existe una preocupante tasa de mortalidad en las mujeres al momento del parto. Sin embargo, los grupos que se encuentran en situación de riesgo frente al consumo de drogas no son identificables con exactitud. Es difícil obtener *a priori* una declaración espontánea mediante encuestas que determinen si las personas se encuentran en situación de consumo ilícito drogas, tanto a nivel nacional y en toda la población en términos generacionales¹⁵.

Frente a este problema de orden metodológico, social y constitucional, la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas de la Organización de Estados Americanos (CICAD) sugiere a los entes estatales de prevención de drogas la elaboración de informes que permitan medir la prevalencia de los usos lícitos e ilícitos de drogas en segmentos de la población nacional. Aquellos segmentos a evaluar son regularmente la población generacional de adolescentes¹⁶, es decir las personas que fluctúan entre doce y diecisiete años de edad, esto es, quienes generalmente se encuentran cursando los procesos educativos de segunda enseñanza, media o colegio.

En tal sentido, los reportes desde Ecuador devienen de las denominadas ‘Encuestas Nacionales Sobre el Consumo de Drogas en Estudiantes de Enseñanza Media’ elaborados por la Secretaría Ejecutiva del CONSEP. Tradicionalmente, estos reportes han sido contruidos sin suficiente fiabilidad metodológica –lo cual también se observa en los reportes de similares entes de otros países de la región–. La falta de fiabilidad metodológica puede observarse, por ejemplo, en la no identificación de grupos de acuerdo a las diversas situaciones de consumo o, asimismo, en la pregunta más determinante en este tipo de encuestas que induce sesgadamente a un *si* al consultar si “se ha consumido drogas alguna vez en la vida” (Paladines, 2012: 15-16). No obstante, el reciente reporte elaborado por el CONSEP y condensado

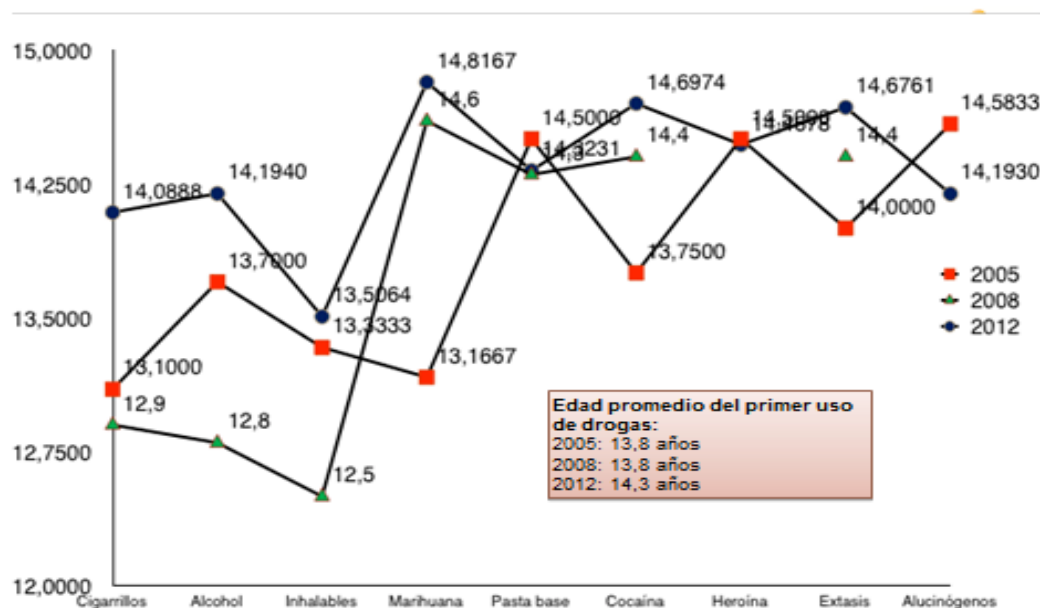
de drogas los está realizando la agencia policial y no el personal especializado del CONSEP. Véase: http://www.elcomercio.com/seguridad/Policia-colegios-Guayaquil-droga-marihuana-estudiantes-Dinapen_0_966503492.html (acceso 17/10/13)

¹⁵ Para identificar los grupos de personas que se encuentran en situación de consumo –ni siquiera de dependencia– frente a las drogas ilegales, algunos entes u órganos de políticas sobre drogas del planeta han implementado mecanismos de *registros de consumidores* sin ni siquiera proveerlos en su demanda, lo cual traería para Ecuador serias violaciones a los derechos fundamentales, sobre todo al establecido en el artículo 11.2 de la Constitución de la República que prohíbe cualquier forma de discriminación a personas por razones de identidad cultural, estado de salud o cualquier otra distinción personal o colectiva, sea ésta temporal o permanente. Sin embargo, existen interesantes sistemas de aprovisionamiento de drogas ilegales con fines sustitutivos para la reducción de su consumo primario, tal como ocurre en países como Suiza. A su vez, la política de los Centros de Atención Médica a Drogodependientes (CAMAD) impulsados por la Alcaldía Mayor de Bogotá quizá adquiera más adelante similares experiencias.

¹⁶ Desde la Constitución de la República del Ecuador las niñas, niños y adolescentes son considerados como grupos de atención prioritaria en sus artículos 44, 45 y 46. Estas normas direccionan una política preferente para estos grupos especiales de la población y que en materia de drogas señala: “Art. 46.- El Estado adoptará, entre otras, las siguientes medidas que aseguren entre niñas, niños y adolescentes: [5] Prevención contra el uso de estupefacientes o psicotrópicos y el consumo de bebidas alcohólicas y otras sustancias nocivas para su salud y desarrollo.”

en la ‘Cuarta encuesta nacional sobre uso de drogas en estudiantes de 12 a 17 años (2012)’, corrige las fallas metodológicas de los anteriores informes, presentando una mejor construcción de la información a partir de la adopción de categorizaciones que permiten medir el tiempo, la frecuencia y la cantidad en el uso de determinadas drogas (CONSEP, 2012: 5). Mediante la implementación de estos indicadores se puede hacer inferencias para distinguir los usos ocasionales, habituales y problemáticos (dependientes) que han sido descritos en el artículo 364 de la Constitución de la República.

Gráfico 3. Edad del primer consumo



Fuente: Cuarta encuesta nacional sobre uso de drogas en estudiantes de 12 a 17 años
Elaborado por Observatorio Nacional de Drogas (CONSEP: 2012)

En esta encuesta se muestra que en 2012 la edad promedio del primer uso de drogas en adolescentes del Ecuador es generalmente los 14.3 años de edad; mientras que en 2008 y 2005 fueron los 13.8. A pesar que es menos precoz el consumo de drogas en adolescentes, el Ministerio de Educación expidió el Acuerdo Ministerial 208-13 del 8 de julio de 2013, mediante el cual se crea el *Sistema Nacional de Educación libre de tabaco, alcohol, narcóticos, alucinógenos o cualquier tipo de sustancias psicotrópicas y estupefacientes*. A través de esta política, estimulada como retaliación a los umbrales referenciales para el uso de drogas sujetas a fiscalización creados por el CONSEP en mayo del 2013, se habilita a la policía a ingresar a los establecimientos educativos y, en consecuencia, capturar tanto las sustancias como a sus poseedores previa denuncia por parte de las autoridades educativas, pues como dice su artículo 4 se determina que:

“...al interior de los establecimientos educativos, nadie podrá mantener en su persona, ropas, bolsos, mochila u otro sitio cantidad alguna de sustancias a las que hace referencia el presente Acuerdo Ministerial. En caso de que cualquier miembro de la comunidad educativa hallare dichas

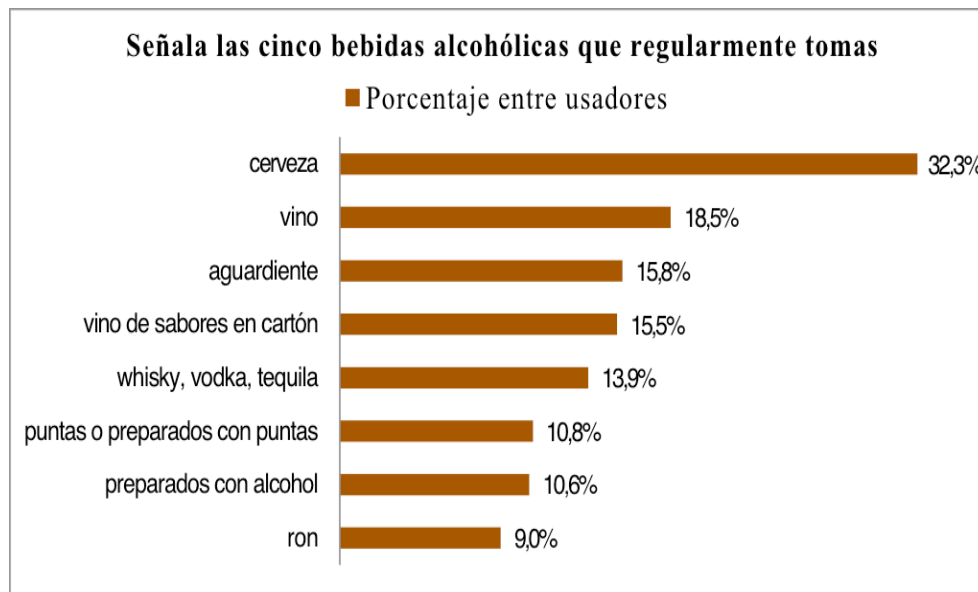
sustancias, sin importar su cantidad, *dará aviso inmediato a las máximas autoridades del establecimiento y a la unidad o agente de policía especializa más próximo, quien se encargará de la aprehensión de las sustancias y ejecución del procedimiento que corresponda*, sin perjuicio de la realización de las acciones establecidas en los artículos 326 y 327 del Código de la Niñez y Adolescencia” (Cursivas mías).

Con ello, no solo que se impuso administrativamente sobre los estudiantes de colegios una falta grave por el hecho de consumir ilícitamente drogas –tal como lo dispone el artículo 133 de la Ley Orgánica de Educación Intercultural vigente–, sino que además se los remite al sistema penal de adolescentes en conflicto con la ley para su inmediato procesamiento judicial. El citado Acuerdo crea un puente entre el sistema de educación y el sistema penal para hacer frente al uso ilícito de drogas en adolescentes, con la contrafáctica consecuencia de la criminalización de su consumo¹⁷. A pesar de esta medida dirigida al intuitivo uso ilícito de drogas en estudiantes de colegio, se ha demostrado que el mayor consumo en este segmento de la población está dedicado al alcohol. De esta manera, las categorizaciones para medir la prevalencia del uso de alcohol en estudiantes de colegio muestran que (CONSEP 2012):

- El 33,2% de los estudiantes a nivel nacional ha bebido alcohol durante el último año.
- El 2,03% consumen más de 4 veces al mes desde hace más de 2 años.
- El 16,80% gastan hasta \$5 dólares de los Estados Unidos de América en promedio al mes en alcohol.
- El 12,4% usualmente beben en sitios de diversión pública, obviamente a espaldas de las regulaciones de los Gobiernos Autónomos Descentralizados (GADS).
- El 32,3 % prefieren la cerveza como bebida alcohólica de entre otras, sobre todo por su fácil accesibilidad en el mercado.

¹⁷ Esta política fue acompañada de una intensa campaña mediática donde se resaltó la eficacia policial por el hallazgo de drogas ilegales en algunos colegios del país. En algunos casos fueron casuales coincidencias las apariciones de pequeños paquetes de marihuana en los exteriores de los establecimientos educativos a los cuales se los rotuló como unidades donde se realiza abiertamente el microtráfico. Véase: <http://www.ecuavisa.com/articulo/noticias/nacional/36041-colegio-aguirre-abad-es-intervenido-por-microtrafico-de-drogas> (acceso 13/10/13)

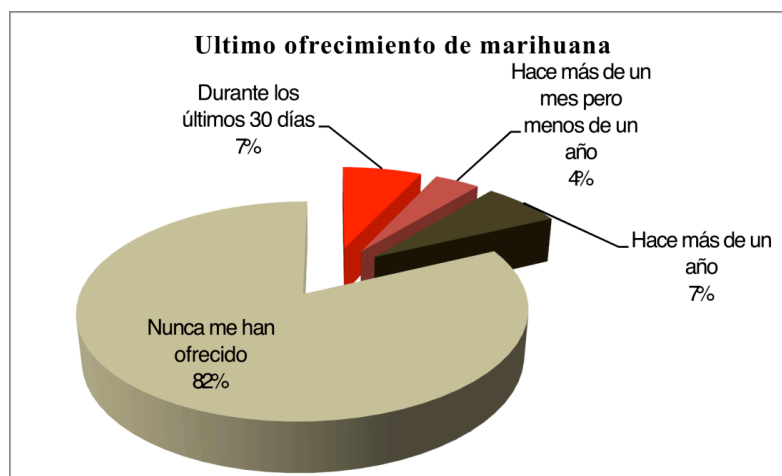
Gráfico 4. Tipo de bebidas alcohólicas preferidas



Fuente: Cuarta encuesta nacional sobre uso de drogas en estudiantes de 12 a 17 años
Elaborado por: Observatorio Nacional de Drogas (CONSEP: 2012)

La política educativa para reprimir el consumo de drogas no estuvo fundada en los considerables niveles de uso de alcohol en las y los adolescentes, sino en los enfoques policivo-mediáticos sobre el consumo ilícito de drogas que siguen siendo inferiores frente a los lícitos. En este sentido, según la reciente encuesta del CONSEP, del total de estudiantes de colegio que afirmaron haber usado o consumido marihuana en frecuencias ocasionales, habituales y problemáticas (dependientes), el 0,07% admitieron tener un consumo diario o casi a diario desde hace más de 2 años, evidenciando posibles dependencias. Sin embargo, el 82% de los estudiantes de colegio encuestados señalaron que nunca les ofrecieron marihuana.

Gráfico 5. Ofrecimiento de marihuana en colegios

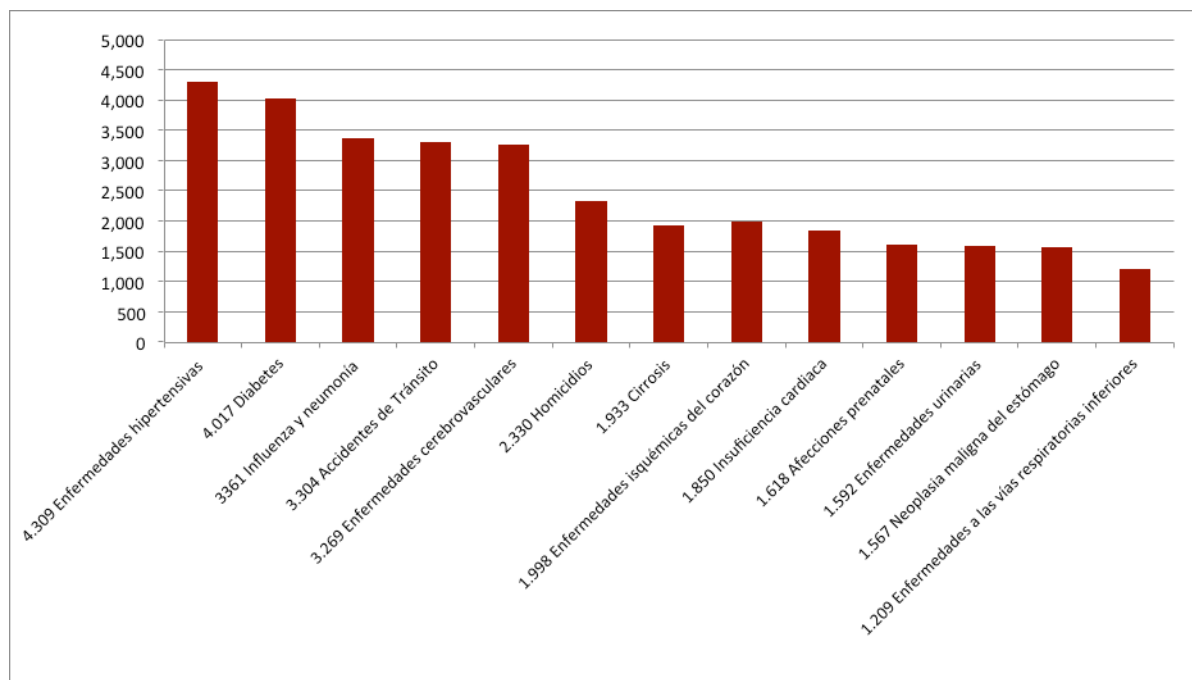


Fuente: Cuarta encuesta nacional sobre uso de drogas en estudiantes de 12 a 17 años
Elaborado por: Observatorio Nacional de Drogas (CONSEP: 2012)

La selección de los grupos sobre los cuales se muestra el uso o consumo de drogas, los cuales se asientan en los segmentos de adolescentes dentro del total de la población del país, presenta dos afirmaciones sobrediagnosticadas: a) permite evidenciar una vez más que el alcohol es el mayor consumo de drogas en colegios; y, b) asimismo, que, posiblemente, la mayoría de la población de usuarios ilícitos de drogas no se encuentra en los segmentos ubicados entre 12 y 17 años de edad.

Los usos de drogas –sin necesidad que éstos sean dependientes o problemáticos– que despiertan sospechas de mortalidad podrían encontrarse en la tasa de defunciones reportadas por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC). Del total de defunciones reportadas en el 2010 (61.681), varias de las trece mayores causas de muerte –que sobrepasan de mil decesos cada una– infieren cierta relación con el uso o consumo excesivo de carbohidratos, azúcares y sus químicos así como sus efectos, lo cual también podría provenir sospechosamente por el consumo de alcohol. Así han fallecido: 4.017 por diabetes, 3.304 por accidentes de tránsito, 1.933 por cirrosis, 1.567 por neoplasia maligna del estómago, entre otras.

Gráfico 6. Principales Causas de Mortalidad en Ecuador



Fuente: Elaboración propia con información de INEC (2010: 475-480)

Estas cifras no pueden imputarse directamente al uso o consumo de alcohol; sin embargo, alejan al menos la probabilidad de inferencia que estas muertes tengan cierta relación con cualquier otra droga que no sea alcohol. Siendo así, de todas las probabilidades el consumo de alcohol tiene la mayor de las

sospechas sobre la estimulación de algunas de las causas de muerte en el país¹⁸. Esto demuestra una vez más que la identificación en adolescentes sobre el consumo ilícito de drogas aleja su mirada sobre los daños reales que, posiblemente, sí están produciendo las drogas lícitas en otros grupos generacionales. A pesar de esta intuición, la prevención secundaria realizada únicamente en las unidades educativas es levantada en el marco de adolescentes que ilícitamente consumen, poseen y tienen drogas, adicionando la grave consecuencia de endosar su tratamiento a la policía antidrogas (DNA y DINAPEN) y al concomitante proceso penal especializado para adolescentes infractores.

3. La prevención terciaria y el tratamiento espiritual.

Durante muchos años la salud pública estuvo en manos de la religión. La significación de lo que se entendía por enfermedad y sus concomitantes tratamientos fueron durante años abordados desde una concepción católica. Muchas fueron las enfermedades consideradas como epidemias –como el caso de la viruela con sus rebrotes en los años 1782 y 1802– que generaron una abierta cruzada desde el poder católico para controlar espacios poblacionales, y así depositar a sus pacientes en hospicios con la clara hegemonía de la Iglesia. Las acciones para la higiene pública fueron entonces propiciadas desde el sentido cristiano de la caridad. Así al menos ocurrió con el tratamiento de la lepra, cuyos pacientes fueron milenariamente considerados como *apestados* dando lugar a los afamados ‘leprocomios’, algunos de los cuales aún expandieron resquemor entre sus vecinos, tal como ocurrió en la zona de La Vicentina en la ciudad de Quito.

Con el cambio de la salud pública a manos de estado se transforma la concepción sobre el tratamiento de las enfermedades. Este nuevo abordaje, potenciado desde momentos en que se cocían los movimientos libertarios por la independencia contra el Reino de España, adquiere un carácter eminentemente económico en términos de garantizar desde el estado el aumento de la población laboralmente activa, disciplinando a la política no por ser la salud su interés prioritario, sino por importar el control *biopolítico* de la especie humana (Castro-Gómez, 2010: 154). Aquello lo resaltó nuestro primer patriota de la independencia, Eugenio Espejo, al decir que:

“La felicidad del Estado consiste en que éste se vea (si puedo explicarme así) cargado de una numerosísima población, porque el esplendor, la fuerza y poder de los pueblos, y por consiguiente de todo reino, están pendientes de la innumerable muchedumbre de individuos racionales que le sirvan con utilidad y que (por una consecuencia inevitable) el promover los recursos de la propagación del género humano, con los auxilios de su preminencia ilesa, es y debe ser objeto de todo patriota”¹⁹.

¹⁸ Según el Ministerio de Coordinación de Seguridad, de enero a julio de 2013 los accidentes de tránsito vinculados al estado de embriaguez fue del 7.73 % (2013: 17).

¹⁹ Eugenio Espejo, *Reflexiones acerca de un método para preservar a los pueblos de las viruelas*, Quito, 1785, pp. 27-28. Cita tomada por Castro-Gómez (2010: 154-155).

Poco a poco se va adaptando la idea del *higienismo* europeo a la realidad ecuatoriana, tomando una mayor presencia en la década de los años 30's del siglo pasado en cuestiones como el control de la natalidad, longevidad, mortalidad y anomias (Kingman, 2008: 273). La concepción higienista de la salud pública estuvo alimentada en nuestro país por una fuerte preservación del ornato de las ciudades, así como el tratamiento de las enfermedades desde la beneficencia o caridad pública en entes como la Junta de Beneficencia de Guayaquil (órgano que regenta el mayor Hospital Psiquiátrico del país, el afamado "Lorenzo Ponce") o la Sociedad de Beneficencia de Lima en Perú. Por tanto, no solo fueron implementadas políticas de adecentamiento, ordenamiento u ornamentación de las ciudades, sino que se establecieron prácticas de exclusión o separación para muchas personas del ambiente social (Kingman, 2008: 325). Fueron determinantes las primeras expresiones institucionales de nuestra policía, que en el caso ecuatoriano tuvo una raigambre de Policía Médica para la vigilancia del espacio público. Sin embargo, hubo visiones distintas entre la 'Junta Superior de Sanidad Marítima y Urbana' de Guayaquil y el 'Consejo Superior de Sanidad e Higiene' de Quito, toda vez que:

"El consumo de alcohol o la prostitución, por ejemplo, eran aún percibidos como males morales [en Quito], cuando en Guayaquil estos mismos problemas eran asumidos desde una perspectiva positivista, de control de las anomias" (Kingman, 2008: 287)

En cualquiera de los casos, a nivel nacional se implementó un control sanitario de los comportamientos sociales. Es así como en 1938 se crea el Código Penal vigente hasta 2014, donde se construye un manual de buenas prácticas a través del régimen de contravenciones mediante las siguientes normas de urbanidad que reprimen al bebedor de la calle (Paladines, 2010: 4-6):

Art. 604.- Contravenciones de primera clase (con multa de hasta cuatro dólares):

- 9. Los que salieren vestidos de una manera indecorosa o contraria a las buenas costumbres;
- 10. Los que se bañaren quebrantando las reglas de la decencia;
- 24. *Los que, sin ser ebrios consuetudinarios, fueren encontrados en cualquier lugar público en estado de embriaguez;*
- 35. Los que públicamente ofendieren el pudor, con acciones o dichos indecentes;

Art. 605.- Contravenciones de segunda clase (con pena de hasta un día de privación de la libertad):

- 10. *Los que, a sabiendas, condujeran carros u otros vehículos a personas perseguidas por la autoridad, alienados o ebrios que no se dirijan a su domicilio; a no ser que en estos dos últimos casos lo hagan con permiso de la autoridad;*
- 19. Los que no consignaren en la policía, en el término de tres días, las cosas ajenas encontradas en cualquier lugar;
- 26. *Los que en sus tabernas aceptaren ebrios, o les vendieren licores de cualquier clase, o tolerasen que continúen en ellos;*
- 31. Los que públicamente jugaren carnaval;

Art. 606.- Contravenciones de tercera clase (con pena de hasta cuatro días de privación de la libertad):

- 12. *Los que permanecieran mucho tiempo y sin objeto alguno plausible parados en las esquinas de las calles u otros lugares no destinados al recreo de los habitantes.* (Cursivas más)

Por su parte, el Código Civil vigente también mantiene normas abiertamente discriminatorias para el caso de quienes usan lícita o ilícitamente drogas. En su artículo 110.9 se consagra como causal de divorcio el hecho de ser toxicómano o ebrio consuetudinario; al cabo que en su artículo 477 que somete a cualquier ebrio consuetudinario o toxicómano a un *curador* para la administración de sus bienes, puesto que es legalmente interdicto. Se afirma el sentimiento social que considera al uso de drogas como una trasgresión misma a las reglas de comportamiento generalmente aceptadas, mediante las cuales sus transgresores son vistos simplemente como *desviados* (Giddens, 2002: 267).

A pesar que la rotulación de quienes son desviados depende de determinados contextos sociales (Taylor, Walton y Young, 2007: 174)²⁰, en Ecuador los actores en el uso o consumo ilícito de drogas son asimilados normativamente como infractores. Esta noción ha influido no solo en el espacio privado –tal como ocurre en la familia–, sino además en el estado. Ambos sectores no solo ven en la rehabilitación de las dependencias o adicciones un mecanismo de curación, sino también una forma de exclusión o separación de las personas con ‘drogodependencia’. En consecuencia, el tratamiento de las diversas formas de uso o consumo de drogas –sobre todo ilícitas– se encuentra fuertemente tentado hacia la prevención terciaria. Aquello podría reducir el campo de acción de la salud pública al inscribir como solución el delicado ámbito de la rehabilitación terapéutica, adoptando para sus políticas un código binario que simplifica la visión pública bajo la dicotomía salud Vs. enfermedad.

Sin embargo, no todas las personas que usan ilícitamente sustancias estupefacientes y psicotrópicas se encuentran en situaciones de dependencia o consumo problemático. Aquello se explica mejor con el ejemplo del consumo de vino que en el caso ecuatoriano no es habitual ni problemático (Paladines, 2013: 18). Aquí podrían esgrimirse las categorías de uso en la circunstancia de si: a) se invita a una persona a celebrar un homenaje con un vaso de vino (uso ocasional); b) se bebe vino para digerir mejor el almuerzo o la cena (uso habitual); ó, c) se embriaga una persona consuetudinaria y dependientemente con vino (uso problemático). En el caso c), la consideración de su uso o consumo problemático (dependencia) tampoco puede colegirse *a priori*, pues deben manifestarse objetivamente situaciones de mayor riesgo e incluso de daños a la salud individual para ser considerado el uso como una dependencia; de lo contrario, correríamos el grave error de tipificar o clasificar como enfermedades a simples comportamientos sociales.

Las fronteras entre los comportamientos sociales Vs. las enfermedades –y lo que es peor, entre la salud mental y los trastornos mentales– son peligrosamente delimitadas en algunos casos desde patrones políticos o subjetivos (Pérez Soto, 2012: 159-208). Dicho en otras palabras: no necesariamente las circunstancias en el uso de drogas son enfermedades. De ser así, alguien podría apuntar con su dedo

²⁰ “Puede suceder que, en determinados períodos y en ciertas condiciones sociales, el “uso indebido de drogas” sea estigmatizado y dramatizado por el grupo social, y que, en otras oportunidades, esto no suceda” (Taylor, Walton y Young, 2007: 190)

índice el mapa del mundo para catalogar a la sociedad alemana como enferma por el hecho de ingerir cerveza, o a la sociedad boliviana por el hecho de masticar hojas de coca.

En muchos países la producción y consumo de drogas forma parte incluso de su patrimonio cultural. Así, el uso ancestral de la coca en Perú y sobre todo Bolivia tiene más de cinco mil años de antigüedad. En la actualidad, más de 3,5 millones de quechuas y aymaras “picchan” coca o la beben como infusión en Bolivia, mientras que más de 4 millones de quechuas y aymaras, así como decenas de grupos étnicos de la amazonía peruana, “cacchan” coca (Cabieses, 2012: 44). En Asia, el cáñamo fue integrado en antiguos rituales del hinduismo y más adelante del budismo; sin embargo, su presencia puede encontrarse en múltiples construcciones de relatos arqueológicos que evidenciaron su existencia en las civilizaciones egipcia, asiria y escita, así como en los movimientos de los conquistadores romanos de los siglos I y II y comercial de los musulmanes a partir del siglo XI en África hasta que, finalmente, fuera su uso condenado en el siglo XV por los papas europeos por promover prácticas demoniacas (Labrousse, 2011: 34). En suma, algunas prácticas culturales sobre las drogas fueron eliminadas por procesos de dominación y, además, ridiculizándolas como excesivas, patológicas y problemáticas.

El problema de la prejuiciosa denominación sobre las *adicciones* tiende a ser abordado bajo el enfoque de la salud mental por ser considerado como una alteración misma del comportamiento. No obstante, ¿son todas las alteraciones del comportamiento verdaderas enfermedades? (Pérez Soto, 2012: 159). Es importante plantearse esta pregunta al menos cuando se denuncia mundialmente la crisis de la definición de la salud mental, sobre todo por la existencia de un abierto interés por parte de empresas morales, farmacéuticas y de rehabilitación en asumir lucrativamente su solución, mediante un cada vez mayor catálogo de trastornos mentales en los denominados Manuales de Diagnóstico y Estadístico de Desórdenes Mentales (DSM).

Sin embargo, no existe empíricamente la salud perfecta en la noción de la normalidad *gaussiana*, pues en el fondo el usar o consumir ilícitamente drogas parte del ejercicio del mismo derecho a la libertad, el cual se apresta a ser medicalizado (drogas por drogas) “objetivamente” al ser consagrado el consumo como una enfermedad. Si bien los *efectos* del uso dependiente de drogas podrían tener consecuencias tanto en la salud individual (depresión) como en las relaciones sociales (violencia), las *causas* tienden a ser consideradas como complejos trastornos mentales. Por ende, no existe un procedimiento médico universal y comprobado que mitigue de forma científica el ‘impulso’ de usar drogas, dado que éste no deviene de disfunciones orgánicas neurocerebrales sino de la misma voluntad. A pesar de estas cada vez mayores críticas (Basaglia: 1972; Cooper: 1986; Szasz: 1994; Goffman: 2001; Soto: 2012), las políticas de salud recaen neciamente en tratar la sintomatología del consumo de drogas usando el camino de la psiquiatría. Sin caer en un plano totalmente menospreciante, cabe recordar que este saber trató históricamente las enfermedades mentales mediante la técnica del electroshock, así como la proclividad delictual a través de la ‘lobotomía’ del portugués Egas Moniz, es decir mediante al

taladramiento del cráneo. Además, no fue sino hasta los 70's que la Asociación de Psiquiatría Americana (APA) reconoció que el homosexualismo no era un trastorno mental.

Al margen de estos universales cuestionamientos, en Ecuador las instituciones psiquiátricas se mantienen en pie para 'rehabilitar' a las personas en situación de dependencia bajo el nombre de comunidades terapéuticas. Además de su abismal mayoría frente a las públicas, éstas incorporan métodos religiosos para el tratamiento de sus pacientes. Aquello pone en evidencia que el estado no ha fomentado una estrategia para recuperar el servicio público sobre el tratamiento de las dependencias, en especial para disuadir o mitigar los efectos personales del uso o consumo ilícito de drogas. De cuatro comunidades terapéuticas relativamente públicas, más de cuatrocientas son particulares. Por este motivo, el Ministerio de Salud Pública del Ecuador ha levantado un estudio de costos para presupuestar el valor en que incurriría el estado para la construcción, equipamiento y dotación técnica de personal de una unidad terapéutica con cobertura para 30 pacientes, el cual costaría 14 millones 373.781 dólares; mientras que el costo mensual de amortización por paciente sería de 67 dólares de los Estados Unidos de América (Ministerio de Salud, 2012: 7 y 10).

No obstante, el servicio público para el tratamiento de las dependencias actualmente es en su mayoría de orden privado, dentro de los cuales las congregaciones religiosas mantienen una fuerte presencia. Al no proteger (que terceros no interfieran en el derecho a la salud) el estado el derecho de las personas en situación de dependencia, se estaría violando lo mencionado expresamente en los artículos 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, así como los 4 y 5 de la Convención Americana de Derechos Humanos, entre otros. Además, en este sentido se estaría socialmente retrocediendo a los años previos de la República, donde la religión mantenía la hegemonía de las casas de salud y la concomitante prestación del servicio.

Tabla 2. Algunas comunidades terapéuticas religiosas

Provincia	Nombre del centro o comunidad terapéutica
Guayas	Centro de Rehabilitación Sinaí
Guayas	La Torre de la Esperanza y Fortaleza
Guayas	Amor de un Ángel
Guayas	Centro de Recuperación Nueva Luz Varones
Guayas	Centro de Recuperación La Gracia de Dios
Guayas	Centro de Recuperación Iluminar
Guayas	Centro de Recuperación Fortaleza De Vida
Guayas	Centro de Recuperación Despertad
Guayas	Comunidad Terapéutica Santa Marianita
Guayas	Centro de Recuperación Nueva Luz Mujeres
Guayas	Centro de Recuperación "Camino de Esperanza C.E.C.A.C.E."
Guayas	Centro de Recuperación "Buen Samaritano"
Pichincha	Camino a la paz
Pichincha	Centro de Recuperación en sus pisadas
Pichincha	Centro de Tratamiento Corazón de Dios
Pichincha	Centro de Rehabilitación Ave Fénix
Pichincha	Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón
Pichincha	Centro de Recuperación Puente A La Vida
Pichincha	Centro de Recuperación Vida Nueva
Pichincha	Centro Terapéutico Manantial
Pichincha	Comunidad Terapéutica San José de Guamaní
Pichincha	Centro de Orientación Juvenil La Dolorosa
Pichincha	Centro Terapéutico Una Luz en La Tormenta
Pichincha	Centro de Recuperación Plan Vida
Pichincha	Centro de Reposo San Juan de Dios
Pichincha	Clínica Nuestra Señora de Guadalupe
Pichincha	Comunidad de Ayuda Volver a Empezar
Pichincha	Centro para Adicciones Dando Una Mano
Pichincha	Centro Terapéutico Femenino Victoria
Pichincha	Comunidad Terapéutica Luz de Esperanza
Pichincha	Centro Terapéutico Caminando a la Libertad
Pichincha	Centro de Recuperación Fuente de Amor y Paz
Pichincha	Centro Cristiano para Adicciones Cristo Vive
Azuay	Hacia Una Nueva Vida
Azuay	Centro "Hogar Crecer"
Azuay	Centro "Buena Voluntad"
Azuay	Decídete a ser libre
Los Ríos	Iglesia Comunidad Cristiana Cuadrangular
Los Ríos	Centro de Rehabilitación Fundación Los Ríos
Los Ríos	Valor para Cambiar
Los Ríos	Mi Vida Es Un Milagro
Los Ríos	La Fortaleza
Los Ríos	Del Sufrimiento a La Paz
Los Ríos	Serenidad
Los Ríos	Libertad
Los Ríos	Por un Camino de Esperanza
Los Ríos	Nueva Vida
Los Ríos	Restauración con Jesús
Los Ríos	Serenidad
Los Ríos	Príncipe de La Paz
Los Ríos	Volver a Renacer
Los Ríos	Fundación de Apoyo y Desarrollo Social Dios Es Amor
Los Ríos	Fundación Terapéutica Nueva Semilla
Los Ríos	Centro de Tratamiento de Alcohol y Drogas Nueva Vida
Loja	La Mano De Dios
Loja	Liberados por Amor

Loja	Camino Hacia La Libertad
Loja	La Mano de Dios
Loja	Posada Solidaria
Loja	Esperanza de Vida
Loja	Por amor a la Vida
Esmeraldas	Centro Católico Santa Cruz
Esmeraldas	Centro Refugio de Jesús
Esmeraldas	Aprendiendo A Vivir
Esmeraldas	Por la Gracias De Dios
Esmeraldas	Renace
Esmeraldas	Despertar Espiritual
Esmeraldas	Jesús Es Mi Maestro
Esmeraldas	Centro de Recuperación Nuevos Senderos
Esmeraldas	Despertar Espiritual 2
Santo Domingo	Camino Al Cielo
Santo Domingo	Renacer
Santo Domingo	Entrenados Para Ser Libres
Santo Domingo	Escuela de Vida
Pastaza	Amando la Vida
Pastaza	Entrenados Para Ser Libres
Pastaza	Camino al Cielo
Pastaza	Escuela de Vida
Pastaza	Renacer
Santa Elena	Liberando Vidas
Chimborazo	Camino de Vida
Chimborazo	Crear
Chimborazo	Esperanza
Zamora Chinchipe	Centro de Recuperación para Alcohólicos y Drogadictos Cristo Redentor
Napo	Centro de Recuperación "San José"

Fuente: Ministerio de Salud Pública (2012)
Elaboración propia

Por su parte, un considerable número de las comunidades terapéuticas han funcionado sin permisos oficiales y en la total clandestinidad. Sus pacientes han tenido que recuperar su libertad a través de garantías jurisdiccionales como el *Hábeas Corpus* e incluso mediante operativos conjuntos entre la Fiscalía General del Estado y el Ministerio de Salud Pública, desarrollados con mayor énfasis desde fines del año 2013. De esta forma se han liberado a más de 500 personas y clausurado más de 20 clínicas de rehabilitación (El Comercio, 2013: 7), develándose dentro de ellas crudos maltratos contra sus pacientes.

Para hacer frente al histórico abandono del control estatal sobre las comunidades terapéuticas –en su gran mayoría privadas o particulares–, el Ministerio de Salud Pública expidió el Acuerdo Ministerial No. 00000767 del 11 de Mayo de 2012, mediante el cual se creó el ‘Reglamento para la regulación de los centros de recuperación para tratamiento a personas con adicciones o dependencias a sustancias psicoactivas’, clasificando a los centros en (Art. 5):

1. *Centros de desintoxicación de precomunidad*, donde los tratamientos pueden durar hasta 28 días;
2. *Comunidades terapéuticas*, donde la estadía del paciente dura entre seis meses y dos años; y,
3. *Centros de recuperación integral*, donde la estancia puede durar entre siete y veinticinco meses.

Aunque el CONSEP haya expedido en 2008 un reglamento con similares intenciones (Resolución 028-CD), ahora es el Ministerio de Salud Pública quien tiene la competencia para ser el único ente u órgano estatal que aprueba los procedimientos y programas de las comunidades terapéuticas (Art. 3), estableciendo además una interesante apertura hacia la *accountability*, transparencia y rendición de cuentas mediante la implementación de veedurías (Arts. 36-40). El control reglamentario de las comunidades terapéuticas en base a las directrices de la cartera de salud, sin duda, sintoniza con algunos derechos y garantías de las personas en situación de dependencia al tenor de la Constitución de la República. Sin embargo, es ambivalente, pues se legitima abiertamente la perenne ausencia del estado en la prestación de este servicio²¹, habilitado además a la internación compulsiva o involuntaria a criterio médico cuando la integridad del paciente o su entorno se encuentran en peligro incluso después de su desintoxicación (Art. 12).

De esto se ha podido observar que al menos el estado ecuatoriano: (i) no presta generalmente este servicio, (ii) no ha controlado históricamente los métodos o protocolos para el tratamiento; y, finalmente, (iii) no ha controlado en retrospectiva a las comunidades terapéuticas privadas o particulares. Las terapias que en su mayoría emplean las comunidades terapéuticas privadas han sido establecidas por la práctica de cada una de ellas a través de actividades “psicológicas”, “psicodramáticas”, “ocupacionales”, “conductuales”, “espirituales”, “individuales”, “grupales”, “vivenciales”, etc. En tal sentido, los mecanismos para deshabituarse a una persona con problemas de dependencia comienzan por adoptar una similar función de los hospitales psiquiátricos —o ‘manicomios’— y de los centros de privación de la libertad —o cárceles—: el aislamiento:

“La violencia y la exclusión son justificadas en estos sitios en nombre de la necesidad, como consecuencia de la finalidad educativa para las primeras, y de la culpa y de la enfermedad para las segundas. Estas instituciones pueden definirse como las instituciones de la violencia” (Basaglia, 1972: 131-132).

Las clínicas, comunidades o centros de tratamiento, recuperación o rehabilitación para personas con dependencia de drogas adoptan terapias morales de enfrentamiento con el *sujeto*, quienes son concebidos como *objeto* (cosas). En algunos de ellos se han develado tormentosas prácticas como los electroshock o la maceración de los glúteos, lo que jurídicamente de manera sobrada se podría calificar como tortura²². Así mismo, la relación entre profesionales y personas con dependencia se encuentra mediada por el personal de servicio encargado de su vigilancia (evitación de la fuga), pues sin importar si los usuarios son ocasionales, habituales o dependientes, éstos son igualmente tratados como pacientes, es decir como

²¹ Sin embargo, el artículo 12 de la Ley de Derechos y Amparo del Paciente señala que: “Bajo ningún motivo un servicio de salud podrá negar la atención de un paciente en estado de emergencia. El servicio de salud que se negare a atender a un paciente en estado de emergencia será responsable por la salud de dicho paciente y asumirá solidariamente con el profesional o persona remisa en el cumplimiento de su deber, la obligación jurídica de indemnizarle los daños y perjuicios que su negativa le cause”.

²² Además, la Ley de Derechos y Amparo del Paciente señala en su artículo 2 lo siguiente: “Derecho a una atención digna.- Todo paciente tiene derecho a ser atendido oportunamente en el centro de salud de acuerdo a la dignidad que merece todo ser humano y tratado con respeto, esmero y cortesía”.

enfermos. De esta forma, se reconoce en este tipo de procesos terapéuticos las características y condiciones siguientes (Foucault, 2008: 27-28):

- 1.- Que de ninguna manera se trata de procesos médicos;
- 2.- Que no existen recetas que ‘curen’ las adicciones;
- 3.- Que la medicalización está enfocada en modificar u ocultar la personalidad pero no la voluntad;
- 4.- Que a través del enfrentamiento moral –y en algunos casos físico– se propende al debilitamiento de la personalidad; y, finalmente,
- 5.- Que el constante enfrentamiento se sella con el ‘reconocimiento’ forzado del paciente de su calidad de enfermo y su atemorizada promesa de no volver a consumir ilícitamente drogas.

Gráfico 7. Relacionamiento del servicio terapéutico frente al paciente



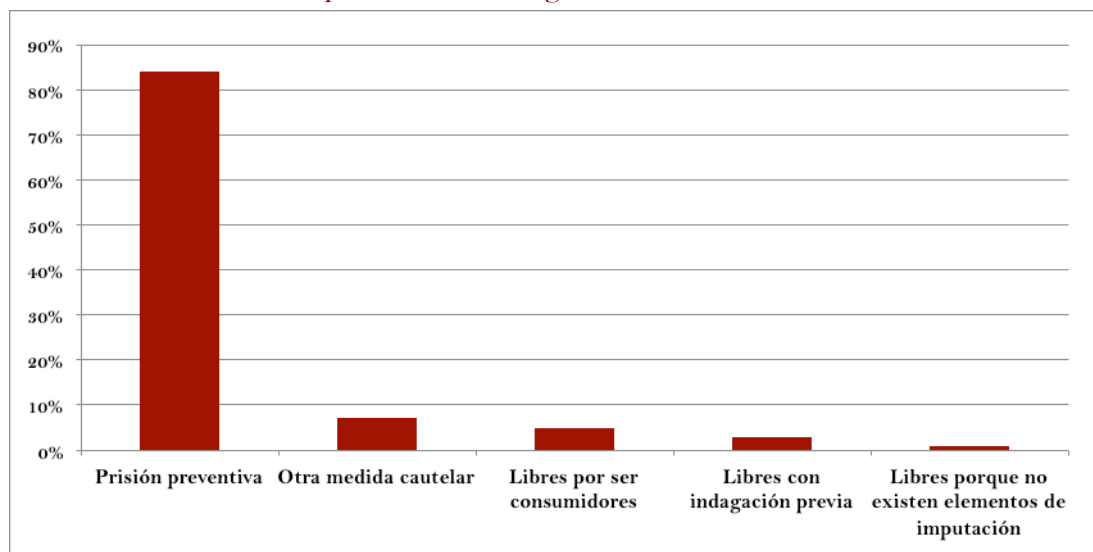
4. La prevención cuaternaria y la dependencia crónica para no ir al sistema penal

Si bien el artículo 364 de la Constitución de la República considera formalmente que el uso o consumo de drogas no es un delito, materialmente la sola tenencia o posesión para el consumo sí lo es. Dicho en palabras coloquiales: fumar marihuana no debe ser un delito, sin embargo tener o poseer para fumar sí es un crimen. Entre este dicotómico desnivel de lo constitucional a lo legal se encuentran las personas que con cierta frecuencia usan ilícitamente sustancias sujetas a fiscalización por el estado ecuatoriano, quienes a menudo comparten códigos sociales que son policialmente leídos como ‘estigmas’. Los estigmas no son personas, sino perspectivas que compartimos en sociedad, pues de ahí que:

“La estigmatización de aquellos que presentan malos antecedentes morales puede funcionar claramente como un medio de control social formal” (Goffman, 2012: 172-173).

Las personas que usan ilícitamente drogas no gozan de credibilidad en el aparato judicial, normalmente son confundidas como delincuentes. Por ende, la cantidad de la sustancia hallada en tenencia o posesión genera diversas apreciaciones jurídicas según la “sana crítica” de los jueces. En algunos casos solo basta tener un gramo para recibir una pena de 12 años de cárcel (Causa 0034-2011 Tribunal de Garantías Penales de Zamora Chinchipe), mientras en otros se puede ser absuelto con más de doscientos cuarenta (Causa 0074-2012 Tribunal Segundo de Garantías Penales del Carchi). A ello se suma la desestimación de los informes periciales que determinan incluso su calificación como dependientes²³. Tal es el caso de Mónica Mejía Benítez, detenida con 15 gramos de pasta base de cocaína y considerada como dependiente según el peritaje 375-C-FGE-DML-UAPI-2013, y que sin embargo fue prisionizada por el jueza de flagrancia el 1 de junio de 2013 en la Unidad de Delitos Flagrantes de Quito. Así, después de inauguradas estas unidades en octubre de 2012, de 2.505 personas detenidas en supuestos delitos flagrantes de drogas –según la Ley 108– el 84 % de ellas recibieron prisión preventiva.

Gráfico 7. Situación jurídica de los detenidos en flagrancia por delitos de drogas a nivel nacional



Fuente: Elaboración propia con información de la Fiscalía General del Estado (Delitoscopio), 2013.

El fracaso de la prevención primaria, secundaria y terciaria no evita que, quienes quieran de forma voluntaria tener o usar ilícitamente drogas, sigan abasteciéndose en el ‘mercado negro’. Aquí es donde la política de salud y la justicia distraen su mirada para dejar a las agencias de policía el control de la prevención, dentro de un mercado donde la cadena de producción y comercialización arrastran a sus

²³ La Ley 108 establece en su artículo 63 que: “El estado de dependencia de una persona respecto al uso de sustancias sujetas a fiscalización se establecerá, aún antes de juicio, previo peritaje de los médicos legistas de la Procuraduría General del Estado, quienes tendrán en cuenta la naturaleza y la cantidad de las sustancias que han producido la dependencia, el grado de ella y el nivel de tolerancia que hagan indispensable la dosis poseída, y la historia clínica del afectado, si la hubiere”.

usuarios al campo de la ilegalidad y el delito. Por esta razón, son frecuentes las propuestas para asociar la rehabilitación o tratamiento terapéutico al sistema penal mediante las denominadas ‘Cortes de Drogas’. La incidencia para el establecimiento de Cortes de Drogas en Ecuador devino de la organización Justicia Penal-Ecuador (Barra de Abogados de los Estados Unidos –ABA– y Rule of Law Initiative), que provocó varios encuentros con el entonces Consejo de la Judicatura de Transición y la Asamblea Nacional, y en cuya propuesta se dijo:

“El modelo de ‘Cortes de Drogas’ constituye un sistema en el cual aquellos drogadictos que reúnen determinados requisitos pueden ser remitidos a tratamiento, mediante una suspensión del proceso penal convencional, por acuerdo mutuo del fiscal y del defensor, bajo supervisión de un juez. Estas ‘Cortes’ son instancias administrativas caracterizadas por el tratamiento intensivo de los usuarios, la supervisión judicial de dicho tratamiento, que puede incluir pruebas obligatorias para drogas y reuniones periódicas con el juez para monitorear el progreso, así como consecuencias por el incumplimiento y la inobservancia. El modelo de ‘Corte de Drogas’ ha tenido mucho éxito en reducir las tasas de reincidencia y el sobre cargo que los casos de pequeños montos de drogas para consumo personal producen en el sistema. Por todas estas razones considero que nuestro proyecto debe ser de su interés” (Amado, 2012).

No obstante, las experiencias de países donde se han implementado las Cortes de Drogas o los Tribunales de Tratamiento de Drogas (TTD) dicen todo lo contrario. A través de las Cortes de Drogas no se ha hecho más que coaccionar a los usuarios o consumidores que han cometido presuntamente delitos de baja cuantía, para de esta forma rehabilitarse mediante una decisión judicial, usando al proceso penal como instrumento de reenvío terapéutico de los imputados desde las cárceles o juzgados a las clínicas de recuperación. Aparece la noción de *justicia terapéutica* para obligar a cualquier persona procesada y supuestamente dependiente a rehabilitarse mediante la decisión y vigilancia de la justicia penal (Boiteux y de Mello, 2010: 5). Se refuerza entonces en los jueces la directriz sobre la peligrosidad del sujeto a fin de que se apliquen medidas de seguridad en contra de cualquier procesado que presente rasgos de dependencia aún sin exigirse que se declare su inimputabilidad (Hegglin, 2013: 207), permitiendo que para esto se potencie el valor de las neurociencias y con ello una posible reaparición del positivismo criminológico al mejor estilo de Lombroso, Ferri y Garófalo.

A pesar que por el momento la implementación de las Cortes de Drogas no tuvo eco en los decisores políticos del Ecuador, la criminalización fáctica del consumo sigue latente. Con este sobrediagnosticado antecedente, el Ministerio de Salud Pública y la Secretaría Ejecutiva del CONSEP emitieron la Resolución 001-CONSEP-CO-2013²⁴, la cual va dirigida específicamente a la organización

²⁴ La Resolución 001-CONSEP-2013 toma como parámetro los umbrales creados en el decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley General de Salud, Código Penal Federal y Código Federal de Procedimientos Penales de los Estados Unidos Mexicanos del 10 de agosto de 2009.

judicial para llenar el espacio existente entre la Constitución de la República y la Ley 108²⁵. Mediante esta resolución se crean por primera vez en el país los umbrales que determinan la cantidad en gramos para el uso ilícito de drogas que cualquier persona puede poseer o tener sin ser considerada discrecionalmente como delincuente. Los umbrales, por lo tanto, son una referencia para los operadores de justicia, con lo cual la tenencia o posesión en las cantidades fijadas no deben presumir la existencia de un delito, sino la frontera entre el consumo y el tráfico²⁶.

Tabla 3. Umbrales para la tenencia o posesión de drogas ilícitas en Ecuador

Sustancia	Cantidad
Marihuana	10 gramos
Pasta Base de Cocaína	2 gramos
Clorhidrato de Cocaína	1 gramo
Heroína	0.01 gramos
MDA	0.15 gramos
MDMA	0.015 gramos
Anfetaminas	0.040 gramos

Fuente: Elaboración propia con información de la Resolución 001-CONSEP-CO-2013

Tanto para separar la política de educación con la de salud pública, así como para agregar en la protección que prohíbe criminalizar al usuario que sencillamente se encuentra experimentando o tiene una mera tenencia de la sustancia sin siquiera pretender usarla, es necesario distinguir en ambos sentidos el consumo ocasional (uso) del habitual (abuso) y el problemático (dependencia). Muchos peritajes en los procesos judiciales se niegan a calificar como usuarias a las personas privadas de la libertad que han asumido un uso ocasional y habitual sin necesariamente ser dependientes, incluso desde momentos previos a la detención, es decir mucho antes de estar encerradas. La norma constitucional es asumida en el peor de los escenarios del consumo, liberando las situaciones de uso y abuso a la esfera del poder punitivo.

En el siguiente caso judicial (Causa No. 06242-2013-0040), el peritaje sanitario además de fundamentar su teoría en la búsqueda de hallazgos de dependencia –descartando las situaciones de uso y abuso–, esperó que el detenido consuma ilícita y dependientemente drogas dentro de la prisión, situación que reglamentariamente es prohibida dentro de las cárceles ecuatorianas. Este sesgado análisis

²⁵ Lamentablemente, los prejuicios sobre los umbrales han tenido eco en los mismos jueces de la Corte Nacional de Justicia. Uno de ellos es el juez nacional Jorge Blum Carcelén, quien finaliza su artículo (Las Adicciones, un problema de salud pública) bajo la frase. “Ni un solo gramo para mis hijos y mis nietos”. Véase Blum (2013: 13)

²⁶ Sin embargo, la resolución del CONSEP no fue bien recibida otros en sectores del estado. Uno de ellos fue el Ministerio de Educación que mediante su ministro, Augusto Espinoza, expresó públicamente estar opuesto a este tipo de medidas por afectar a la comunidad educativa que tiene bajo su dirección. Véase: <http://www.lahora.com.ec/index.php/noticias/show/1101533600> (acceso 19/07/13). La otra posición vino del Procurador General del Estado, Diego García, quien señaló que si bien la resolución del CONSEP es una guía para los jueces, ésta no era vinculante. Véase: <http://www.telegrafo.com.ec/justicia/item/la-nueva-tabla-para-consumo-de-drogas-es-una-guia-para-jueces.html> (acceso 19/07/13).

del Segundo Tribunal de Garantías Penales del Chimborazo, provocó la condena a ocho años de prisión de una persona que cultivó cannabis para su uso personal. De esta forma se dijo en la sentencia:

“El usuario Ángel Samuel Pilamunga Pilamunga *no presenta síntomas de dependencia*, que presenta rasgos de trastorno de personalidad disocial, que la conducta disocial tiene mucho que ver con estar interno en la cárcel puesto que la mayoría de personas tienen estos rasgos así como presentan rasgos de frialdad, *que en su conclusión manifiesta que no hay rasgos de dependencia a drogas puesto que no hay manifestaciones fisiológicas ni conductuales*. A las preguntas de la defensa del acusado dijo: Que para evaluar tiene que verle al usuario, que se les aplica la técnica de la entrevista y el test para llegar a una conclusión, que el individuo se encuentra lúcido pero con poco de evasión, manifestó que sabía consumir marihuana desde los quince años, *que actualmente ya no consume, pero al analizarlo se pudo concluir que no estuvo con manifestaciones psicológicas que determinen dependencia*, que el acusado tiene 26 años, que manifestó que las razones de que no consume droga es porque está recibiendo clases en la cárcel, que el procesado ha indicado que no necesita consumir, pero que un individuo consumidor de droga no tiende a racionalizar, que manifestó el usuario que la marihuana ya iba a ser legalizada en Ecuador y que no tiene la culpa que esté en la cárcel, por tal motivo no puede ser dependiente.” (Cursivas mías)

De igual forma, en el caso de Daniel Lennstrom (Causa 01121-2013-0267), los jueces de la sala de lo penal de la Corte Provincial de Justicia del Azuay nunca aceptaron las pruebas de que el procesado era usuario crónico de marihuana y cocaína, y que además la cantidad de aprovisionamiento iba a ser consumida entre el grupo de diez amigos con el que evidentemente fue detenido ante la policía. Por el contrario, los jueces interpretaron discrecionalmente de que el reo requería tener una conducta dependiente física y psíquicamente, debiendo encontrarse trastornos mentales para sólo así ser beneficiario de la exoneración de penalidad por uso o consumo que resalta el artículo 364 de la Constitución de la República. Así, se dijo entonces que:

“...que la cantidad encontrada en poder del justiciable [90 gramos de marihuana] es excesiva para su consumo personal; por otro lado conocemos que las drogas como la marihuana provocan dependencia física y psíquica, la primera que la OMS en el informe 551/74 la define como ‘el estado de adaptación que se manifiesta por la aparición de intensos trastornos físicos cuando se interrumpe la toma del fármaco’ y la segunda que así mismo la OMS define como el ‘estado en el que el fármaco produce una sensación de satisfacción, un impulso psíquico que lleva tomar periódica o continuamente el fármaco para experimentar placer o para evitar un malestar’; pero que además la ingesta de sustancias sujetas a fiscalización en un narcodependiente, provoca trastornos en sus funciones mentales, físicas y cognitivas...”

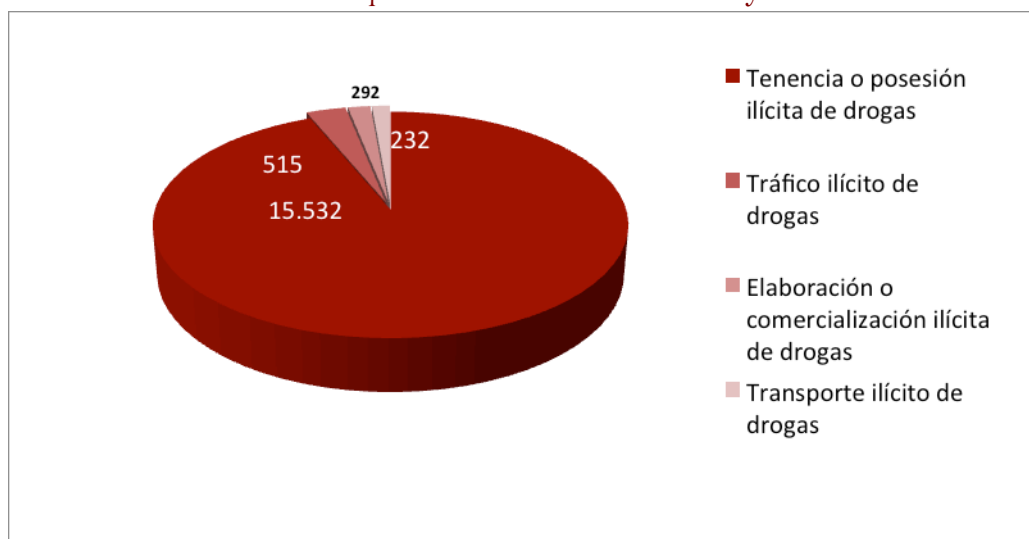
En los argumentos de algunos jueces de garantías penales en Ecuador para no criminalizar a un usuario ilícito de drogas, se manifiestan al menos dos características: i) que usan a los umbrales como una presunción de derecho para el microtráfico en el sentido menos favorable al reo, es decir que deja de ser una referencia para convertirse en evidencia de tráfico si cualquier persona supera por tenencia o posesión las cantidades fijadas por el CONSEP, descartando con ello que puede haber consumo aunque se exceda las cantidades; y, ii) que se exige además que el procesado pruebe que es un usuario en grado

de extrema dependencia para presumir tenencia o posesión para consumo, de lo contrario aunque la tenencia o posesión sea con fines de experimentación se habilita su encausamiento penal.

Finalmente, existe una aguda presunción de que un gran componente de personas condenadas por el delito de tenencia o posesión de sustancias estupefacientes o psicotrópicas (Art. 62 Ley 108) fueron simplemente consumidores y no traficantes. A pesar de que aún no se ha demostrado de forma cuantitativa, cualitativamente sí se han reportado casos de detenciones y enjuiciamientos penales de personas a quienes, posteriormente, la justicia les confirmó su estado de inocencia por ser sencillamente usuarios ilícitos, tal como los casos de Mónica Mejía detenida con 15 gramos de cocaína (Causa 037-2013 del Tribunal Cuarto de Garantías Penales de Pichincha) o el de Daniel Lennstrom detenido con 90 gramos de marihuana (Causa 0197-2014 de la Corte Nacional de Justicia), entre otros más. Sin duda se trata de nuestros *falsos positivos*, esto es de personas presentadas y detenidas realmente ante la justicia como traficantes, pero que más adelante se demostró que fueron verdaderos inocentes.

Mientras tanto, el 88.8 % de las personas detenidas y remitidas al sistema penal por las agencias policiales son aprehendidas ante la supuesta comisión del delito de 'tenencia o posesión'. Tal es así que entre el 2007 y 2014, la Defensoría Pública del Ecuador reportó que entre las personas atendidas y detenidas por delitos de drogas: 232 corresponden al delito de transporte, 292 corresponden al delito de comercialización o elaboración, 515 corresponden al delito de tráfico ilícito; y, 15.532 corresponden al delito de tenencia o posesión.

Gráfico 8. Número de personas detenidas por delitos de drogas que necesitaron del servicio público de defensa entre 2007 y 2014



Fuente: Elaboración propia con información de la Defensoría Pública General (Dirección de Investigaciones Aplicadas), 2007 al 2014.

Conclusiones y recomendaciones.

A través de estas cuatro fases de la medicina preventiva aplicadas como metodología del presente trabajo, se han analizado brevemente las complejas dinámicas en el desarrollo de los derechos de las personas que usan en Ecuador drogas de forma lícita y sobre ilícita. En primer lugar, se puede observar que las campañas educativas o de información social que ha capitalizado el Ministerio de Salud Pública para prevenir el consumo de drogas parten de un enfoque reduccionista, el cual es más latente en el caso de los usos ilícitos de sustancias sujetas a fiscalización. En este caso, se invisibiliza el legítimo derecho que también tienen las minorías –como lo son las personas en situaciones de uso ilícito– para informarse sobre los riesgos que emanan de las diversas formas del consumo de drogas ilegales en el mercado. Además de evidenciarse la contradicción entre lo que prohíbe la ley y lo que hacen las agencias deportivas, en cuanto a permitir manifiestamente que se publicite el consumo de alcohol, la información para prevenir el uso ilícito de drogas emerge del abstencionismo, con lo cual se ‘justifica’ la ausencia de propaganda estatal que reconozca la reducción de daños para los denominados usos indebidos. Las campañas de información deben entonces abrir el mensaje a los usos ilícitos, reconociendo que éstos existen sin el menor reproche legal, con lo cual la política de prevención asumiría sin discriminación un rol integral verdadero.

En segundo lugar, desde el CONSEP y el Ministerio de Salud Pública se identifica de forma limitada a los grupos sobre quienes la política pretende visibilizar en cuanto al consumo ilícito de drogas. Aquel diseño se agudiza, pues mientras en los colegios el Ministerio de Educación establece planes policivo-educativos con DINAPEN y Dirección Nacional Antinarcóticos para detener a quienes porten o tengas sustancias estupefacientes y psicotrópicas, se desatienden los programas para mitigar los impactos por el uso de alcohol y tabaco, cuya prevalencia es notoriamente mayor que los usos ilícitos de marihuana o pasta base de cocaína. Sin embargo, se deduce que los grupos no identificados presentan una mayor incidencia en situaciones de dependencia, esto es, que en las personas mayores de edad podría estar el núcleo fuerte de la prevalencia y posiblemente la mortalidad. El estado debe reconocer que los problemas sobre los usos ilícitos así como los lícitos de drogas se encuentran en la población que supera los dieciocho años de edad. Por ende, es necesario profundizar la investigación sobre las causas de mortalidad donde se sospecha más del consumo lícito que del ilícito.

Aunque se haya puesto en marcha la regulación y control por parte del Ministerio de Salud Pública y la Fiscalía General del Estado, en tercer lugar las comunidades terapéuticas siguen siendo espacios por donde se internalizan posiciones moralistas, concibiendo *prima facie* a cualquier usuario como enfermo y hasta como feligrés. Si bien la cartera de salud ha establecido los requisitos para su operación o funcionamiento, no es menos cierto que también se legitima la oferta particular o privada al dejar el estado de prestar este servicio. Con ello, se está negando el derecho a la salud de quienes

requieran de una atención pública y gratuita. El estado debe recuperar el servicio de salud para el tratamiento de las dependencias mediante métodos y técnicas científicas que, asimismo, eviten la aparición de posiciones excesivamente arbitrarias. No cabe duda que sobre la prevención terciaria aún hay mucho por hacer, pues no sólo se trata de rescatar el servicio sino también a sus pacientes, más aún de procedimientos que son cuestionados universalmente.

Finalmente, se ha atenuado desde la política pública la criminalización fáctica del consumo a través de la implementación de los umbrales creados por el CONSEP, que permiten distinguir técnica y judicialmente entre quienes son usuarios y traficantes. No obstante, el camino es incierto. Aún persisten los prejuicios y reacciones por parte de los operadores de justicia que deciden prisionizar por encima de los peritajes que ratifican los diversos grados de dependencia en los procesados. Se sigue asumiendo a la justicia como una válvula de escape para ‘rehabilitar’ penalmente a los usuarios mediante iniciativas como las Cortes de Drogas o la remisión judicial a las clínicas de rehabilitación, con lo cual es manifiesta por otros medios la criminalización del consumo ilícito de drogas. A su vez, la tenencia o posesión ilícita de drogas es el tipo penal más recurrido para la imputación objetiva de las agencias policiales y fiscales, donde presuntamente no hay más que una directa violación al estado de inocencia entre quienes tengan drogas ilegales con fines de consumo o experimentación. Frente a estas situaciones, las y los jueces deben asumir con prolijidad que cualquier detención por tenencia o posesión se reputa en sí mismo para su uso o consumo, tomando como marco teórico el artículo 364 de la Constitución de la República para, en consecuencia, exigir que las agencias policiales y fiscales demuestren el tráfico.

La respuesta política, social y sanitaria para proteger los derechos de las personas que usan ilícitamente drogas presenta algunas de las características que, asimismo, ha deteriorado al derecho penal. La pulsión prohibicionista podría no sólo deformar el espíritu de las políticas y normas sociales, sino también frenar su inminente progresismo al invisibilizar el derecho a la información de quienes usan ilícitamente, no distinguir a los grupos más afectados por el consumo real y no presuntivo, resignar la prestación del servicio de salud a las congregaciones religiosas en lo que tiene que ver al tratamiento de las dependencias; y, remitir discretamente a las prisiones a las personas estigmatizadas por el poder punitivo. Por ende, la campaña para descriminalizar el uso ilícito de drogas no sólo incumbe a la esfera del derecho penal, sino también a cada uno de los planes y programas que en nombre de las drogas se hacen a diario en nuestra política sanitaria.

Bibliografía

- Amado, A. (2012). *Oficio No. 95069 dirigido al Arquitecto Fernando Cordero*. Quito: Asamblea Nacional.
- Basaglia, F. (1972). *La institución negada: informe de un hospital psiquiátrico*. Buenos Aires: ediciones corregidor.
- Blum, J. (2013). “Las Adicciones, un problema de salud pública”. En *Revista Ensayos Penales, Sala Penal*. Edición No. 5. Quito: Corte Nacional de Justicia: agosto.
- Boiteux, L. y de Mello Ribeiro M. (2010). “Justicia terapeutica: reducao de danos ou proibicionismo dissimulado”. En Sérgio Dario (ed.), *Dependencia de Drogas*. Sao Paulo: Atheneu.
- Cabieses, H. (2012). “La historia y la mitología tienen 5 mil años de antigüedad”. En Godofredo Reinike Borda (dir.), *Coca: una mirada integral*, Tomo 1. La Paz: Puente Investigación y Enlace.
- Castro-Gómez, S. (2010). *La Hybris del punto cero: ciencia, raza e ilustración en la Nueva Granada (1750-1816)*. Bogotá: Editorial Pontificia Universidad Javeriana.
- Causa 0197-2014. Corte Nacional de Justicia.
- Causa 01121-2013-0267. Corte Provincial de Justicia del Azuay.
- Causa 06242-2013-040. Tribunal Segundo de Garantías Penales de Chimborazo.
- Causa 037-2013. Tribunal Cuarto de Garantías Penales de Pichincha.
- Causa 0074-2012. Tribunal Segundo de Garantías Penales del Carchi.
- Causa 0034-2011. Tribunal de Garantías Penales de Zamora Chinchipe.
- Clares, G. et.al. (2011). *Pacha Qhana Saminakapampi (La visión cósmica y sus colores)*. La Paz: Centro de Estudios Saber Qulla Yati.
- Código Civil
- Código Penal
- CONSEP. (2013). *Resolución 001-CONSEP-CO-2013*. Quito.
- CONSEP. (2013). *Usos, consumos de drogas y prevenciones*. Quito.
- CONSEP. (2012). *Cuarta Encuesta Nacional sobre uso de drogas en estudiantes de 12 a 17, Resumen Ejecutivo*. Quito: Observatorio Nacional de Drogas.
- CONSEP. (2009). *Tercera Encuesta Nacional sobre consumo de drogas en estudiantes de enseñanza media (12-17 años)*. Quito: Observatorio Nacional de Drogas.
- CONSEP. (1998). *Reglamento de control y funcionamiento de los centros de rehabilitación y de reinserción social de farmacodependientes y de consumidores indebidos, públicos y privados*. Registro Oficial 331 del 3 de junio.
- Constitución de la República del Ecuador.
- Constitución Mundial de la Salud.
- Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia.

- Convención Americana de Derechos Humanos.
- Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas.
- Convención Única sobre Estupefacientes.
- Cooper, D. (1986). *La muerte de la familia*. México: Editorial Planeta.
- Declaración Universal de los Derechos Humanos.
- Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley General de Salud, Código Penal Federal y Código Federal de Procedimientos Penales de los Estados Unidos Mexicanos. (2009).
- Defensoría Pública del Ecuador. *Personas privadas de la libertad por delitos de drogas*. Quito: SGDP.
- Diario El Comercio (2013). “Fiscalía: las clínicas clandestinas incurren en al menos seis delitos”. En *seguridad y justicia*, página 7, domingo 17 de noviembre. Quito.
- Domoslawsky, A. (2012). *Políticas sobre drogas en Portugal: beneficios de la descriminalización del consumo de drogas*. Hungría: Open Society.
- Fiscalía General del Estado. (2013). “Estadísticas en Ecuador: cifras de tenencia y posesión ilícita de sustancias estupefacientes o psicotrópicas”. En *Perfil criminológico*, Gráfico 5, página 9, No. 6, agosto. Quito.
- Fiscalía General del Estado. (2013). Informe Psicosomático No. 375-C-FGE-DML-UAPI-2013. Quito.
- Foucault, M. (2008). *El poder psiquiátrico*. Buenos Aires: FCE.
- Giddens, A. (2002). *Sociología*. Madrid: Alianza Editorial.
- Goffman, E. (2012). *Estigma: La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Goffman, E. (2001). *Internados: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Hallam, C. et. al. (2012). *Guía sobre política de drogas*. Londres: IDPC.
- Hegglin, M. (2013). “La capacidad procesal para estar en juicio, el derecho a la defensa y las medidas de seguridad”. En Alejandro Alagia et. al. (directores), *Derecho Penal: delito culpabilidad y locura*. Número 5. Buenos Aires: Ministerio de Justicia y Derechos Humanos e Infojus: julio.
- INEC. (2010). “Defunciones totales por tipo certificado y grupos de edad, según sexo y causas de muerte. Lista corta de ordenamiento de las principales causas de muerte CIE-10 (Recomendada por OMS). En *Anuario de Estadísticas Vitales: nacimientos y defunciones*. Quito.
- Kingman, E. (2008). *La ciudad y los otros, Quito 1860-1940: higienismo, ornato y policía*. Quito: FLACSO, FONSAL y Universidad Rovira i Virgili.
- Labrousse, A. (2011) *Geopolítica de las drogas*. Buenos Aires: Marea editorial.
- Ley de Derechos y Amparo del Paciente. (1995). R. O. No. 626 del 3 de febrero.
- Ley Orgánica de Educación Intercultural. (2011). R. O. No. 417 del 31 de marzo.
- Ley Orgánica de Salud. (2006). R. O. No. 423 del 22 de diciembre.

- Ley Orgánica para la Regulación y Control del Tabaco. (2011). R. O. No. 497 del 22 de julio.
- Ley de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas. (1990). R. O. No. 523 del 17 de septiembre.
- López, I. (2011). *Planificación para el Buen Vivir*, Colección Nuevo Estado: Gobernabilidad, Derecho y Democracia, Tomo 4. Quito: Instituto de Altos Estudios Nacionales.
- Ministerio de Coordinación de Seguridad. (2013). “Consumo nocivo de bebidas alcohólicas y su impacto en la seguridad ciudadana”. En *Nuestra Seguridad*, Revista del Ministerio de Coordinación de Seguridad. Suplemento No. 13. Quito.
- Ministerio de Educación. (2013). *Acuerdo Ministerial 208-13*. Quito: 8 de julio.
- Ministerio de Salud Pública. (2012). *Comunidades Terapéuticas*. Coordinación General de Desarrollo Estratégico en Salud, Dirección de Economía de la Salud. Quito: septiembre.
- Ministerio de Salud Pública. (2012). *Acuerdo Ministerial No. 00000767*. Quito: 11 de mayo.
- Organización Mundial de la Salud. (2008). *El derecho a la salud*. Folleto Informativo No. 31. Ginebra: Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos.
- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.
- Paladines, J. (2013). “Ni enfermos ni delincuentes: gúmbrales para la libertad o el dolor? En *Defensa y Justicia*, Revista Institucional de la Defensoría Pública del Ecuador, No. 4, julio. Quito.
- Paladines, J. (2012). *La desproporcionalidad de la ley y la justicia antidrogas en Ecuador*, Quito: Colectivo de Estudios Drogas y Derecho y Defensoría Pública del Ecuador.
- Paladines, J. (2010). “Las dos velocidades de la reforma penal y la crítica a la dialéctica legislativa”. En *Revista Pensamiento Penal* (virtual), Edición 104, Sección Doctrina, Buenos Aires.
- Pérez Soto, C. (2012). *Una nueva antipsiquiatría: crítica y conocimiento de las técnicas de control psiquiátrico*. Santiago: LOM ediciones.
- Presidencia de la República del Ecuador. (2010). *Decreto Ejecutivo No. 1470*. R. O. 233 del 12 de julio.
- Sartori, G. (1998). *Homo Videns: la sociedad teledirigida*. Madrid: Taurus.
- Szasz, T. (1994). *El mito de la enfermedad mental*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Taylor, I., et. al. (2007). *La nueva criminología: contribución a una teoría social de la conducta desviada*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Tenorio, R. (2009). *El sujeto y sus drogas*. Quito: editorial El Conejo.
- www.consep.gob.ec
- www.ecuavisa.com
- www.echelecabeza.com
- www.elcomercio.com
- www.telegrafo.com.ec
- www.lahora.com.ec
- www.salud.gob.ec
- www.sinmiedosec.co