

ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DEL LITORAL

Facultad de Ciencias Sociales y Humanísticas



**“Adicción a la Droga “H” entre Adolescentes Guayaquileños:
Políticas para mejorar el Sistema de Tratamiento y
Rehabilitación”**

PROYECTO DE TITULACIÓN

Previa la obtención del Título de:
Magíster en Políticas y Gestión Públicas

Presentado por:

Luis Adolfo Dueñas Cabezas
Gonzalo Xavier Albán Molestina

Guayaquil – Ecuador

2018

DEDICATORIA

A todas las familias que se han visto acechadas por el problema de drogas. A los padres que han luchado día a día, y a los jóvenes que trabajan y se esfuerzan por su constante rehabilitación. Una dedicatoria especial a esos jóvenes que quizás aún no han entendido que el destino de las drogas no es más que un camino hacia las más bajas y profundas desventuras de la vida.

Gonzalo Xavier Albán Molestina

Luis Adolfo Dueñas Cabezas

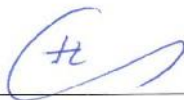
AGRADECIMIENTO

**A nuestras familias, nuestros amigos y compañeros de maestría, pero sobre todo a esas
ganas insaciables por hacer de nuestro Ecuador un mejor país.**

Gonzalo Xavier Albán Molestina

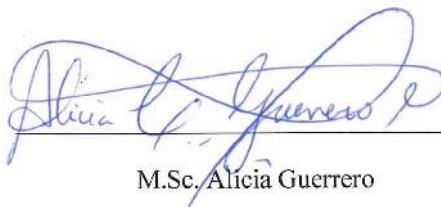
Luis Adolfo Dueñas Cabezas

COMITÉ DE EVALUACIÓN



M.Sc. José Luis Castillo

Tutor del Proyecto



M.Sc. Alicia Guerrero

Evaluadora

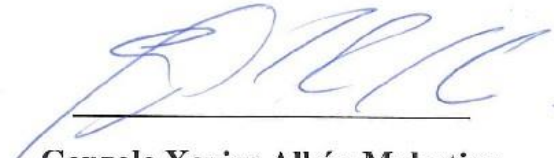


M.Sc. Ronald Campoverde

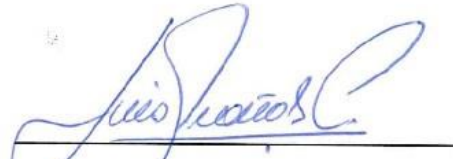
Evaluador

DECLARACIÓN EXPRESA

La responsabilidad del contenido de este Trabajo de Titulación, corresponde exclusivamente al autor, y al patrimonio intelectual de la misma **“ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DEL LITORAL”**



Gonzalo Xavier Albán Molestina



Luis Adolfo Dueñas Cabezas

Contenido

Dedicatoria.....	2
Agradecimiento.....	3
Comité de evaluación.....	4
Declaración expresa.....	5
Resumen.....	8
Índice de Ilustraciones	9
Índice de Tablas.....	10
ABREVIATURAS.....	11
1. Introducción.....	12
2. Metodología.....	31
2.1 Human Centered Design	31
2.2 Descubrimiento al desafío	34
2.2.1 Plan de investigación.....	34
2.2.2 Mapeo de actores.....	34
2.2.3 Diagrama Causa – efecto	35
2.2.4 Técnicas de investigación cualitativa	37
2.2.5 Persona Profile	39
2.2.6 Mapeo del sistema (Journey mapping).....	40
2.3 Generación de ideas	42
2.3.1 Análisis de buenas prácticas.....	42
2.3.2 Protocolo para la generación de ideas	45
2.4 Prototipado y Testeo	47
2.4.1 Prototipado rápido.....	47
2.5 Gestión de la innovación.....	47
2.5.1 Modelo Canvas para el sector público	47
2.5.2 Institucionalización de la innovación	49
3. Análisis del sistema de Centros de Rehabilitación.....	51
3.1 Descripción del funcionamiento general del sistema.....	51
3.1.1 Oferta de Centros de Rehabilitación.....	51
3.1.2 Demanda de Centros de Rehabilitación.....	60
3.1.3 Institucionalidad.....	64
3.2 Protocolo para la Investigación Cualitativa.....	68
3.3 Resultados.....	71
3.3.1 Perfil de los entrevistados (Persona – Profile)	71
3.3.2 Journey mapping real	79
3.3.3 Razones por que se ha proliferado el número de centros de rehabilitación clandestino.....	82
4. Hallazgos.....	83
5. Ideación:.....	86

6. Conclusiones.....	91
7. Referencias Bibliográficas.....	93
8. Anexos.....	98
Anexo 1. Glosario de Instituciones Públicas.....	98
Anexo 2. Guía de preguntas para Focus Group	99
Anexo 3. Guía de preguntas para entrevistas en profundidad.....	101

Resumen

La problemática de las drogas y su tratamiento ha sido tema de agenda política de varios gobiernos. Específicamente en Ecuador, los últimos años se ha notado un incremento en dicho escenario pues a través de varios hechos y aprobaciones legislativas el acceso a estupefacientes se ha visto facilitado. En el transcurso de la realización de este documento se pudieron evidenciar varios puntos, los cuales sólo demuestran el precario sistema de salud que existe actualmente en el Ecuador para tratar la problemática de adicción de drogas. Falta de infraestructura, investigación, inversión, terapia, entre otros, son los principales elementos que forman parte de este sistema. El tratamiento para la adicción a estupefacientes debe ser considerado un tema prioritario en agenda pública y se debe promover un tratamiento eficaz y con una planificación integral a largo plazo.

Teniendo en cuenta dichos antecedentes, este documento tiene como objetivo explicar la realidad de esta problemática específicamente en jóvenes de la ciudad de Guayaquil, y así mismo, promover una propuesta de política pública que, bajo metodologías innovadoras, pretende crear un nuevo escenario y pilares para el tratamiento de esta problemática. Es prioridad romper el esquema del formato tradicional, entender y crear desde una visión centrada en el comportamiento humano basado en innovación en políticas públicas bajo pilares como infraestructura, capital humano, reinserción, legislativo, etc., un camino a seguir que nos permita atacar desde otra perspectiva dicho problema.

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1: Mapa de Actores.....	35
Ilustración 2: Diagrama de Causa-Efecto.....	37
Ilustración 3: Herramienta personal Profile.....	40
Ilustración 4: mapeo de sistemas.....	41
Ilustración 5: Modelo canvas para el sector publico.....	48
Ilustración 6: Institucionalización de la innovación.....	50
Ilustración 7: ruta de atención integral para personas con uso y consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.....	53
Ilustración 8: Centros de rehabilitación en Guayaquil, 2017.....	58
Ilustración 9 Costos asociados las atenciones de salud.....	60
Ilustración 10: Adolescentes detenidos y Canales de adquisición de drogas.....	62
Ilustración 11: Número y composición de atenciones ambulatorias curativas relacionadas con drogas	63
Ilustración 12: institucionalidad de los centros de rehabilitación.....	66
Ilustración 13: Comité Interinstitucional.....	67
Ilustración 14: Perfil de la persona 1.....	73
Ilustración 15: Perfil de la Persona 2.....	74
Ilustración 16: Perfil de la Persona 3.....	75
Ilustración 17: Perfil de la Persona 4.....	76
Ilustración 18: Perfil de la Persona 5.....	78
Ilustración 19: Perfil de la Persona 6.....	79
Ilustración 20: Opciones de tratamiento que dispone la familia.....	80
Ilustración 21: Modelo Canvas para pilar legislativo.....	87
Ilustración 22: Modelo Canvas para pilar de infraestructura.....	88
Ilustración 23: Modelo Canvas para pilar de Capital Humano.....	89
Ilustración 24: Modelo Canvas para pilar de Rehabilitación y Reinserción.....	90

ÍNDICE DE TABLAS

Cuadro 1: Herramientas para la innovación pública.....	33
Cuadro 2: Tipología de centros de recuperación ESTAD.....	51
Cuadro 3: Numero de CETAD Públicos y Privados en Guayaquil.....	57
Cuadro 4: Costo de tratamiento residencial por consumo de alcohol y otras drogas en 2015.....	59
Cuadro 5: Tipo de familias.....	72
Cuadro 7: Centro de rehabilitación privada.....	77

ABREVIATURAS

ACCESS	Agencia para la promoción y el control de la calidad, y la protección de usuarios y profesionales de la salud
ACRAPG	Asociación de Centros de Recuperación de Adicciones del Guayas
APTE	Asociación de Propietarios de Centros de Tratamiento de Adicciones del Ecuador
CETAD	Centros Especializados para el Tratamiento a personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas
CONSEP	Consejo Nacional de Sustancias Psicotrópicas y Estupefacientes
DROSICAN	Acuerdo de cooperación entre la Comunidad Andina de Naciones y la Unión Europea para prevenir y controlar los efectos de la oferta y la demanda de drogas sintéticas en la región
H	Droga a base de rezagos de Heroína
HCD	Human Centered Design
IDEO	Global Design Innovation Company
MIES	Ministerio de Inclusión Económica y Social
MSP	Ministerio de Salud Pública
PIB	Producto Interno Bruto
SETED	Secretaría Técnica de Drogas
UNICEF	United Nations International Children's Emergency Fund
UNODC	United Nations Office of Drugs and Crime
USD	Dólares

1. Introducción.

Según el Informe Mundial sobre las Drogas del 2017, unos 250 millones de personas, es decir, alrededor del 5% de la población adulta mundial, consumió drogas por lo menos una vez, siendo más alta la prevalencia en los jóvenes que en los adultos (UNODC, 2016). En Ecuador la panorámica no es menos grave. Según la Encuesta Nacional sobre Uso y Consumo de Drogas en Estudiantes (SETED, 2016), casi 3% de los estudiantes afirmaron haber consumido heroína en el último año, iniciándose típicamente a los 14 años. En esta encuesta, los estudiantes también manifiestan que les resulta fácil conseguir diferentes tipos de drogas; por ejemplo, el 21% del total de estudiantes encuestados consideró que es fácil conseguir marihuana. Casi la mitad de los adolescentes consideran que en los alrededores de sus centros educativos y al interior de las escuelas hay drogas. El 24% vio a algún estudiante vendiendo o pasando estas drogas y el 29% ha visto a algún alumno del colegio consumiendo (UNICEF, 2016).

Todo esto ha repercutido en altos costos tanto en lo económico como en lo humano. SETED (2017) estima que la suma de costos de atención en salud, daños a la propiedad, y costos laborales y de productividad, ascendió a más de 200 millones de dólares (0,22% del PIB). Así también, 13% del total de fallecimientos a escala nacional están relacionados al consumo de drogas. Todo esto mayormente concentrado en las zonas 8¹, 9² y 4³ (Índice de Concentración Territorial de Drogas)⁴.

Si bien según estos estudios, la opción con la que los jóvenes se inician en el mundo de las drogas es la marihuana, la droga ‘H’ (hache) es la que en el último tiempo ha llamado la atención de las autoridades y público en general, por el gran crecimiento en el número de casos de adolescentes con graves problemas derivados de su consumo. Esto se ha dado por varias razones, la principal es que es bastante accesible en lo económico⁵, además de ser fácil de portar, de consumir y de vender⁶. La otra gran razón es que es altamente adictiva y dañina. Esta

¹ Zona 8: Guayaquil, Durán y Samborondón.

² Zona 9: Distrito Metropolitano de Quito.

³ Zona 4: Manabí y Santo Domingo de Los Tsáchilas.

⁴ Según datos del Sistema Integrado de Información sobre Drogas de Ecuador (SIDE), del total de incautaciones de heroína o “H” a nivel nacional en 2015, 70,76% se incautó en Guayaquil. En el año 2016, esta cifra (heroína incautada en Guayaquil) representó el 63,19% del total nacional (SETED, 2018).

⁵ Según informes, se la puede conseguir desde 25 centavos (El Telégrafo, 2014).

⁶ Algunos analistas consultados apuntan a que el problema fue gatillado porque se puede hacer pasar gran cantidad de estupefacientes debido a la tabla de consumo y tenencia de drogas, lo cual dio origen al micro tráfico y a una especie de masificación en la oferta de drogas en los exteriores de establecimientos educativos y en los barrios. Debido entre otras cosas a estas presiones, el CONSEP modificó la tabla y redujo las cantidades de consumo y tenencia, por ejemplo, de 1 gramo de heroína lo bajaron a 0,1 gramos.

sustancia está compuesta por una parte de heroína (por ello su nombre) mezclada con otros compuestos químicos⁷ que resultan altamente perjudiciales para quienes lo adhieren a su organismo. (SETED, 2016)

El tema se hace más grave aun cuando se detecta que pese al incremento de la problemática, los jóvenes no cuentan con suficientes centros de rehabilitación gratuitos o de bajo costo. Según el último listado oficial publicado por el Ministerio de Salud Pública (MSP), en septiembre de 2017 existieron 83 centros especializados (con permisos vigentes) para el tratamiento a personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas. En la ciudad de Guayaquil constan 17 centros de los cuales solo tres están enfocados en jóvenes, dos corresponden a la Casa de Acogida del MSP y un centro privado.

Ante la escasa oferta estatal de estos centros, han proliferado los centros clandestinos que no cuentan con los permisos vigentes otorgados por la Autoridad Sanitaria Nacional. En el 2015, según datos del MSP, 58 centros de tratamientos privados eran legales, 17 establecimientos tenían documentación en proceso y 125 lugares ofrecían este servicio de forma ilegal (El Telégrafo, 2015). Es decir, hace tres años, el número de este tipo de instituciones clandestinas duplicaba el de las legales.

Este crecimiento en el número de centros clandestinos se debe fundamentalmente a que la demanda de las familias por este tipo de servicios es poco informada y se hace bajo una situación de desesperación. Esto a pesar de los altos costos⁸ y de que no siempre están vinculados con la exitosa sanación de los internados. También es notable que esta demanda haya crecido a pesar de las múltiples denuncias sobre abusos físicos y psicológicos, terapias transgresoras y procesos inadecuados, entre otras irregularidades que la Policía Nacional ha revelado en varios operativos realizados a estos establecimientos, en donde ya en repetidas ocasiones se han registrado muertes de jóvenes pacientes. La conclusión más obvia parece ser que no existe suficiente información a los padres sobre la oferta pública de estos centros, que no existe confianza y/o demasiadas trabas para acceder al tratamiento.

No obstante, lo evidente de la problemática y la repercusión mediática que ha tenido, existe escasa información respecto de la efectividad de los centros de recuperación públicos y privados en el Ecuador. La investigación y datos sobre el tema es general, no sistematizada y

⁷ Como cafeína, diltiazem, tolicaína, aminopirina, noxiptilina, dietilftalato y carbonato de calcio

⁸ En nuestra investigación se detectó que el costo promedio mensual de los centros privados de rehabilitación por persona es de USD 500 y va en aumento de acuerdo al nivel socioeconómico del paciente.

difícil de acceder. Las encuestas que hay sobre consumo de drogas son bastante generales. Por ejemplo, el Cuarto Estudio Nacional sobre uso de drogas en población de 12 a 65 años del 2014 y la Encuesta Nacional sobre Uso y Consumo de Drogas en Estudiantes de Noveno de Educación General Básica, Primero y Tercero de Bachillerato del 2016, si bien permiten obtener una caracterización de la población que consume drogas, nos dicen poco o nada respecto del tipo de atención o tratamiento ambulatorio o residencial que los consumidores reciben o cuan informada se encuentran las personas sobre las opciones que ofrece el MSP para recibir tratamiento por consumo de alcohol y drogas. Los estudios más académicos se concentran en Canadá y Estados Unidos⁹ y no se encontró ninguno que analice la problemática particular de los centros clandestinos.

Así, el presente trabajo apunta a establecer *lineamientos que permitan mejorar la efectividad del sistema de centros de rehabilitación para tratar la adicción al consumo de la droga H en adolescentes guayaquileños*. El estudio está enfocado en la ciudad de Guayaquil y su zona de influencia porque es donde más se ha concentrado este problema. Dado que las complejidades de este fenómeno son difíciles de capturar con información cuantitativa, los métodos cualitativos cobran especial relevancia. Aquí, se partirá con métodos observacionales, grupos focales y entrevistas a profundidad, que nos permitirán mapear los actores y describir el funcionamiento general del sistema, donde se podrán vislumbrar puntos de intervención críticos (oportunidades y barreras). El análisis de sistema además se complementará con una breve evaluación de las políticas vigentes y una revisión de buenas prácticas a nivel internacional que sean adaptables al caso ecuatoriano. Esto nos permitirá establecer, finalmente, una batería de opciones de políticas que deberían tener prioridad en la agenda de las instituciones responsables del tema.

El documento está dividido en las secciones que a continuación se detallan: la siguiente sección presenta la metodología, la cual está enfocada principalmente en lo que se denomina *Human Centered Design*; después, se reporta un análisis de los sistemas de centros de rehabilitación, donde se realiza un mapeo de los actores del sistema agrupados según la oferta, demanda e institucionalidad de los centros de atención; además se describen los pasos realizados para la investigación cualitativa y resultados obtenidos; a continuación presentamos la sección clave de este estudio que corresponde a los pilares de nuestra propuesta.

⁹ Por ejemplo, dos trabajos que hemos seguido bastante de cerca en este estudio son: “Prácticas Óptimas: Tratamiento y rehabilitación de la juventud con problemas de consumo de drogas (en Canadá)” y “Drug treatment services for young people: a systematic review of effectiveness and the legal framework”

Problema

El uso de drogas no es un tema que le atañe de manera aislada a Ecuador. Durante las últimas cuatro décadas, el mundo se ha visto afectado por el tráfico ilegal de distintas sustancias psicotrópicas y psicoactivas que son comercializadas de manera ilícita para el consumo de los ciudadanos. Organismos de talla internacional se han encargado de desarrollar innumerables estudios con la finalidad de analizar la problemática de forma global y, así, proporcionar cifras reales de lo que sucede en los distintos continentes para generar propuestas concretas y factibles que puedan ser aplicables de forma efectiva.

El Informe Mundial sobre las Drogas 2016, elaborado por la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, de la Organización de Naciones Unidas (ONU) estipula que, en el 2014, 1 de cada 20 personas adultas consumieron al menos algún tipo de droga. Esto se traduce a que aproximadamente 250 millones de personas de todo el mundo, entre las edades de 15 y 64 años, hicieron uso de algún tipo de estupefaciente a lo largo de su vida. Estas cifras permiten tener una idea de la magnitud y el alcance de este problema que adquiere su carácter mundial sobre todo cuando se hurga en la cantidad de fallecimientos registrados a causa de este tipo de sustancias. “El número de muertes relacionadas con las drogas, que en 2014 se calculó en alrededor de 207.400, es decir, 43,5 muertes por millón de personas de entre 15 y 64 años, ha permanecido estable en todo el mundo”, (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2017). La cercanía numérica entre consumidores y fallecimientos, así como la constancia de las cifras no es más que una alarma para todos los gobiernos de las naciones sobre la importancia y el impacto del problema.

El informe antes detallado no solo permite ver un panorama holístico de lo que sucede en materia de consumo y decesos a causa de sustancias psicotrópicas, sino que además evidencia que la problemática es un tema que, así como la globalización, trasciende fronteras físicas, ideológicas, idiomáticas, culturales y políticas; convirtiéndolo así en un problema de compleja envergadura. En el capítulo tres del análisis de la Organización de Estados Americanos denominado *El Problema de las Drogas en Las Américas: Estudios* demuestra que la cadena de circulación de drogas psicoactivas es cada vez más grande e incluyente en términos territoriales. “La mayoría de la cocaína destinada al mercado estadounidense fluye de Colombia por Centroamérica y México; las rutas caribeñas se dirigen principalmente hacia Europa” (Organización de los Estados Americanos, 2013). La frase, que consta entre los hallazgos de

la investigación, remarca la idea de que, a pesar de que el estudio limita el análisis a un continente, cuando se engloba el problema es necesario abrir el enfoque.

En concordancia con lo anteriormente expuesto, se puede afirmar que el escenario mundial no es menos preocupante en América Latina, en donde la edad promedio de la población de consumidores y el fácil acceso a las drogas son algunos de los factores que agravan la situación. *El Informe del uso de drogas en las Américas 2015*, realizado por la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (Cicad) de la Organización de Estados Americanos (OEA) indica entre sus descubrimientos que existe un aumento de consumo de drogas inhalables entre la población de adolescentes, de 13 a 17 años. “La prevalencia de uso de inhalables en el último año se extiende en un rango entre 0,5% y 11% y se ha constatado el uso aún más precoz, donde la prevalencia de alguna vez en la vida entre estudiantes del octavo grado supera el 10% en algunos países” (Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, 2015). Este dato no solo es preocupante, sino que también resulta complejo puesto que dentro de esta clasificación se incluye una gran lista de sustancias químicas que provocan efectos psicoactivos y farmacológicos en distintas escalas.

El estudio antes expuesto va en concomitancia con el escenario preocupante que se vive en el Ecuador. Para el 2015, año en el que dentro del Código Integral Penal (COIP) se modificó la tabla de consumo de sustancias estupefacientes y psicotrópicas para redefinir las penas por el tráfico ilegal de mínima, mediana, alta y gran escala, las cifras se mantuvieron a pesar de los esfuerzos. Acorde con varios estudios efectuados por el Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas (Consep), a estudiantes de 12 a 17 años de más de 35 ciudades de 23 provincias ecuatorianas, dieron a conocer que la edad promedio de consumo de algún tipo de droga es a los 14,3 años para el 2012 (El Telégrafo, 2013). Cuatro años después, esta vez la Secretaría Técnica de Prevención de Drogas (Seted), la nueva cartera de estado enfocada a la labor de lucha contra el consumo y expendio de sustancias ilegales, en su *Encuesta Nacional sobre el Uso y Consumo de Sustancias en Estudiantes de Enseñanza Media*, presentada durante las Jornadas Científicas del Instituto de Neurociencias de Guayaquil, remarcó la estabilidad de las cifras de consumidores: los jóvenes inician a consumir drogas ilegales es a los 14 años (El Universo, 2017). Con base en los números, los proyectos sociales, los cambios gubernamentales y los proyectos de ley en los que se trabajaron durante la brecha de tiempo que divide ambas investigaciones demuestra que estos no lograron su finalidad de aumentar la edad de inicio de consumo y tampoco la de disminuir la cantidad de usuarios drogodependientes.

En nuestro país, los estupefacientes y las sustancias psicoactivas están claramente identificadas por la preferencia de consumo de los ciudadanos y por la cantidad que se comercializa de forma ilegal. La marihuana (cannabis), como en varios países del mundo, es la droga por la que más se vuelcan los ecuatorianos. “El Cuarto Estudio Nacional sobre uso de drogas en la población de entre 12 y 65 años, realizado durante 2013 en 53 ciudades del país con un universo de 10.976 personas, determinó que la marihuana es la droga ilícita más consumida en el país” (El Universo, 2016). Dentro de esta misma investigación se reveló además que 295.279 encuestados (5,3%) reconocen haber fumado esta hierba recreativa al menos una vez en su vida.

En nichos poblacionales específicos también se puede observar la preferencia e, inclusive, el incremento de adeptos por el cannabis. *En el III Estudio epidemiológico andino sobre consumo de drogas en la población universitaria de Ecuador 2016*, desarrollado por la Unodc, en conjunto con otras instituciones entre ellas la Setec, determinó que, entre los estudiantes universitarios, la tendencia de consumo ha tenido al alza durante los últimos años. Mientras que la prevalencia de consumo de marihuana entre jóvenes estudiantes de educación superior estableció una tasa de 9,1% en 2012, en el 2016, incrementó más de dos puntos porcentuales para ubicarse en 11,6%. A pesar de lo preocupante de las cifras, este no es el dato más alarmante del estudio, puesto que este apartado también pone en la palestra las variables de peligrosidad y accesibilidad. “Esto significa que 1 de cada 4 universitarios ecuatorianos no percibe un gran riesgo en el consumo frecuente de marihuana. En cuanto a la percepción de facilidad de acceso, 42,9% de los estudiantes declaran que les resultaría fácil conseguir marihuana” (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2016). Las aristas abordadas en el estudio no solo arrojan estadísticas que permiten adentrarse y conocer un poco más de cerca el escenario de consumo, sino que también muestra impresiones sociales.

En contraste con lo anteriormente expuesto, en este punto de la investigación es necesario volcarse por el tipo de sustancia ilegal por la que actualmente los adolescentes del país se inclinan con más frecuencia: la ‘H’ (hache). Según la *Encuesta sobre uso y consumo de drogas ilícitas en estudiantes de enseñanza media 2016, elaborada por la SETED*, en donde se entrevistaron a más de 30.000 estudiantes de noveno a tercer año de bachillerato de 381 instituciones de educación, en 29 cantones ecuatorianos, la ‘H’ (heroína mezclada con otras sustancias químicas) figura como una de las sustancias frecuentadas en los rangos de edad más bajos con un 14,39%. Esto, sin dejar de corroborar que los adolescentes de aproximadamente 14 años mantienen la tendencia de consumo de marihuana (14,88%) e incluyen en la lista

también a la cocaína (14,72%) (El Universo, 2017). A pesar de que las estadísticas resultan inquietantes por la cantidad de menores implicados en la problemática, el panorama eleva su nivel de complejidad cuando se hurga entre los números de la investigación: el 39% de los adolescentes consumidores afirma, además, que ha probado más de una clase o tipo de narcótico.

Frente a lo antes expuesto es adecuado cuestionarse la forma en la que los menores de edad acceden a la sustancia ilícita para su consumo. En el país, la comercialización y expendio de esta y otros tipos de sustancias psicoactivas y drogodependientes se ha extendido de zonas periféricas hasta las mismas instituciones educativas. *El estudio Niñez y Adolescencia desde la Interegionalidad, elaborado por el Observatorio Social del Ecuador en conjunto con entidades como CARE Ecuador, Plan Internacional, Save the Children Ecuador, Word Vision Ecuador y el Consejo Nacional para la Igualdad Intergeneracional*, especifica que, en el 2015, el 46% de los entrevistados considera que en su centro educativo circulan supuestamente drogas, mientras que “el 24% dice que alguna vez habría visto a un estudiante que las vende o las pasa. Casi la mitad de los y las encuestadas (48%) asegura que alrededor de su colegio o escuela venden estupefacientes” (El Universo, 2016). En este sentido, el género, la edad y la condición social no serían factores discriminantes para quienes se ven o no vinculados al mundo de las drogas, sobre todo en este escenario en donde el narcotráfico ha traspasado y deshecho las barreras implícitas de seguridad que deberían proteger a los niños, niñas y adolescentes.

Una vez identificados patrones y formas de gestión de expendedores de ‘hache’, el gobierno nacional de turno procuró desarrollar y poner en marcha distintos proyectos con los que se logre combatir y sobrellevar de manera rápida la problemática que afecta a una de las poblaciones más vulnerables del país. Así pues, se pusieron en marcha programas que se caracterizaron por la colaboración interinstitucional de entidades nacionales, de distintas carteras de estado y de organizaciones internacionales. Uno de dichos proyectos de carácter mundial fue el programa *Familias Fuertes: Amor sin límites* que desarrolló, desde el 2013, el Ministerio del Interior junto a la Unión Europea (UE), la Comunidad Andina de Naciones (CAN), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Ministerio de Salud Pública. El proyecto consistió en una serie de talleres en donde trabajadores públicos se capacitaron para poder trabajar con familias ecuatorianas en materia de prevención y, así, retardar la edad en la que los adolescentes inician a consumir drogas ilegales (Ministerio del Interior, 2013). El mismo programa de carácter educativo se aplicó en otros países latinoamericanos como Perú, Colombia y Bolivia.

Al año siguiente, la prevención continuó siendo el área en el que el Estado colocó énfasis en continuar con el cometido de disminuir el consumo del estupefaciente en unidades educativas. De esta manera, el Ministerio de Educación unido al Ministerio Coordinador de Desarrollo Social elaboraron para el 2014 el *Programa de Participación Estudiantil. Guía Metodológica para Docentes. Educación Preventiva Integral de los Usos y Consumos Problemáticos de Alcohol, Tabaco y otras Drogas en el Sistema Educativo Nacional*. El manual tenía la finalidad de explicar al docente la forma en la que debía aproximarse al problema del consumo a través información especializada, apoyada en actividades lúdicas, a la par de implementar la idea de que la problemática no se circunda al estudiante, sino que también involucra a sus representantes, a sus demás compañeros y docentes de la institución (Ministerio de Educación, 2014).

Para el 2016, año en el que se remarca la idea de que las unidades de estudio se han convertido en los puntos de expendio y consumo de la droga ‘H’, el proyecto más grande de dicho lustro estuvo liderado por Augusto Espinoza, ministro de Educación de ese entonces, en representación de la entidad gubernamental que presidía. *Misión Educación: Cero Drogas*, se planteó como el programa que buscaría erradicar el consumo de narcóticos en los centros educativos de todo el país, iniciando en su primera etapa en 21 instituciones de la capital. “El programa no solo prevé poner fin al consumo de drogas, sino también fomentar la corresponsabilidad de todos los actores involucrados en la comunidad educativa” (Ecuador Inmediato, 2016). La intención en este caso, a diferencia de otros proyectos con la misma finalidad, fue conseguir que los distintos roles inmersos en el escenario educativo trabajen en conjunto para conseguir la meta planteada. Así, el propósito se centró en trabajar en las fases de sensibilización, organización y puesta en marcha, siendo la más relevante la segunda, para cuyo efecto se planteó la creación de Departamentos de Consejería Estudiantil (DECE), en donde padres de familia voluntarios trabajarían en conjunto con autoridades estudiantiles y docentes para actuar bajo protocolos previamente establecidos.

Paralelo a los esfuerzos gubernamentales, la realidad continuaba para quienes estaban inmersos en el mundo del consumo. Acorde con investigaciones efectuadas por el Ministerio de Salud Pública en el 2014, de los 85.000 adictos que había en el país aproximadamente, unos 5.000 requerían de un internamiento en una entidad especializada para recibir tratamiento médico apropiado. Sin embargo, el Hospital Gonzalo González, el único centro público habilitado para asistir a la demanda en ese entonces, estaba sobrepoblado. “En el Gobierno se reconoce el déficit de lugares gratuitos. Estudios levantados por el Ministerio de Salud revelan que se

necesitan alrededor de 1.800 camas, aunque los centros privados ya albergan 1.300 y precisamente se busca llegar a acuerdos con esas clínicas” (El Comercio, 2014). Así pues, el Estado empezó a poner énfasis en la creación de más espacios para esta finalidad al mismo tiempo que apuntaban a crear convenios con instituciones privadas para suplir la cantidad de pacientes.

Ante la situación antes descrita, los padres o familiares de los consumidores debieron buscar una alternativa inmediata. Así, los centros de rehabilitación privados se convirtieron la opción más cercana y factible. Una vez que optaron por este escenario, la asistencia inmediata y el tratamiento del paciente estaban garantizados, pero a cambio de costos elevados y constantes. Según una investigación periodística, el valor del cuidado del paciente y el tratamiento de su enfermedad iba desde los \$ 800 hasta los \$ 3.000 en ciertos casos (El Comercio, 2015). Es por ello que las familias de los consumidores debieron que buscar formas inmediatas de financiamiento, como préstamos a entidades financieras o venta de bienes propios, para poder solventar el servicio requerido.

Los altos niveles de gasto que deben afrontar los parientes de los pacientes drogodependientes de ‘H’ no se remiten y relacionan únicamente a la situación económica que se vive durante un período determinado en el país, sino que también guarda coherencia con la respuesta natural que implica estar inmerso en esta problemática. En la investigación *Por qué invertir en el tratamiento del abuso de drogas: Documento de debate para la formulación de políticas*, que desarrolló la Oficina contra la Droga y el Delito de la Organización de las Naciones Unidas, estipula que el hábito del consumo de drogas está ligado estrictamente con el factor económico. “Los problemas relacionados con el alcohol y las drogas no solo menoscaban la seguridad pública y la calidad de la vida cotidiana, sino que también dan lugar a gastos considerables” (Oficina contra la Droga y el Delito, 2003). Además de este factor, otros conflictos sociales como la improductividad y la delincuencia también surgen en este esquema.

En contraste con lo anteriormente socializado, el costo no resultó ser el único inconveniente dentro del tema del consumo de esta sustancia y otros psicoactivos en el país, a esto se sumó la clandestinidad y la negligencia de los supuestos centros de rehabilitación que surgieron para tratar la adicción a la ‘hache’. Acorde con cifras divulgadas por el mismo Ministerio de Salud, para el 2015 se registraban 58 centros de tratamiento privado que estaban legalmente habilitados para funcionar y atender adecuadamente a pacientes drogadictos. Al mismo tiempo, la entidad reveló que existían otros 17 establecimientos que presentaron documentación en

proceso y 125 lugares que ofrecían este servicio de forma ilegal. Justamente estos últimos fueron, con frecuencia, espacios en donde se presentaron la mayor cantidad de irregularidades y actos que en algunos casos atentaron con la integridad de varios pacientes. “Hacinamiento, insalubridad, alimentos dañados, instalaciones precarias y artículos para presuntas prácticas de tortura, como esposas, son los ambientes regularmente encontrados en los centros clandestinos de recuperación de adictos a las drogas en el país” (El Telégrafo, 2015). En los casos más extremos y penosos, incluyó la muerte del adolescente internado.

La respuesta inmediata de las instituciones gubernamentales pertinentes ante la preocupante situación fue realizar operativos con la finalidad de dismantelar y clausurar estos establecimientos ilegales. Los operativos dieron como resultado el cierre de algunos de estos locales en donde se infringían malos tratos, se carecía de la reglamentación adecuada, especialistas y un protocolo de acción apropiado para el seguimiento de los casos de cada uno de los pacientes que trataban (El Universo, 2017). Sin embargo, aquellos cierres que se produjeron como consecuencia de pérdidas mortales dieron cuenta de la facilidad con la que actuaron los aprovechadores, de la falta de regulaciones y de controles adecuados, pero, sobre todo, la desesperación de los familiares de las víctimas. La SETED, en uno de sus investigaciones más recientes, da cuenta de la cantidad de víctimas que ha dejado la problemática de la adicción a las sustancias estupefacientes y psicotrópicas en el país. “Estudios de mortalidad por uso y consumo de drogas en el año 2015 señalan que se suscitaron 8.693 fallecimientos relacionados al consumo de drogas en el Ecuador, lo que representa el 13,42% del total de fallecimientos a escala nacional” (Secretaría Técnica de Prevención Integral de Drogas, 2017). Las cifras alarman, pero además permiten entender que una parte de la población adolece de una enfermedad y que para afrontarla no existen vías suficientemente claras y eficientes.

Actualmente en el Ecuador, según la página oficial del Ministerio de Salud Pública, existen centros en donde la drogodependencia es asistida y tratada con especialistas adecuados de forma gratuita. Acorde con la cartera de estado existen 364 centros de salud que atienden bajo la modalidad ambulatoria, 39 establecimientos que asisten de forma ambulatoria intensiva y 5 instituciones especializadas en el tratamiento para consumidores problemáticos de alcohol y otras drogas. De estos, dos están enfocados para a asistencia de adultos y tres, para la de adolescentes (Ministerio de Salud Pública, 2017). Sin embargo, si relacionamos los datos de las personas que necesitaron ser internadas en el 2014 (aproximadamente 5.000) con los centros existentes en la actualidad para dicho efecto la realidad es que aún persiste la necesidad de

contar con más y mejores centros públicos de atención médica para afrontar esta problemática. En este sentido, se reafirma el carácter administrativo de los establecimientos en cuestión puesto que como se lo ha expuesto a lo largo de este apartado, las entidades con fines de lucro caen en la priorización del beneficio económico propio y no a la calidad de servicio que se ofrece. De ahí que la presente investigación se aspire a la concreción de una política pública que busque dar una solución adecuada y pertinente a esta problemática que a diario involucra cada vez más la vida de adolescentes y jóvenes ecuatorianos.

Según la Encuesta nacional sobre uso y consumo de drogas 2016 realizada por la Secretaria Técnica de Prevención Integral de Drogas de una muestra de 34,869 encuestas efectivas realizadas en 380 Instituciones visitadas a Estudiantes de enseñanza media de noveno de Educación General Básica, primero y tercero de Bachillerato en cantones de las capitales provinciales a excepción de la provincia de Galápagos, además de los cantones Durán, Daule, Milagro, Manta, Quevedo y La Libertad. Según lo declarado en términos de consumo por los estudiantes, la “H” tiene mayor preponderancia en cantones como Santa Elena con el 6,71%, seguido por La Libertad con el 6,37%, luego Durán (5,00%), Guayaquil (4,89%), y Milagro (2,71%). Se hace énfasis en los indicadores de estos cantones porque la prevalencia anual del consumo supera la prevalencia nacional del 2,51%.

“Por sexo, la prevalencia de último año de uso y consumo de heroína en hombres fue 3,10% y en mujeres 1,82%. Respecto a los niveles y subniveles educativos de los estudiantes encuestados, la prevalencia anual de consumo de heroína es 1,72% en estudiantes de noveno de Educación General Básica, 2,99% en estudiantes de primero de Bachillerato; y, 2,94% en estudiantes de tercero de Bachillerato. La diferencia entre la prevalencia de consumo de heroína de los estudiantes de noveno de Educación General Básica y las prevalencias de los estudiantes de primero y tercero de Bachillerato es estadísticamente significativa. No obstante, la diferencia entre las prevalencias de los estudiantes de primero y tercero de Bachillerato no es estadísticamente significativa.”

Objetivo general de la investigación

- Generar un documento que permita crear insumos para el desarrollo de una política pública, así como identificar los elementos para su formación que pueda enfrentar el consumo de estupefacientes enfocado en la rehabilitación de los afectados.

Objetivos específicos de la investigación

- Conocer el marco legal alrededor de la problemática.
- Profundizar en cada uno de los roles vinculados a la problemática.
- Generar propuestas innovadoras para el tratamiento de los afectados.

Grupo de estudio:

Adolescentes de la ciudad de Guayaquil pertenecientes a los estratos sociales C, D, y E respectivamente. De acuerdo al Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2011), estos estratos corresponden respectivamente a 22,8% de la población (estrato C), 49,3% (estrato D), y 14,9% (estrato E). Dichos estratos socioeconómicos representan los más bajos dentro de las condiciones de vida analizadas por el INEC, así mismo, los adolescentes guayaquileños pertenecientes a este estrato tienden a consumir la droga ‘H’ (hache) puesto que adquirir este estupefaciente no representa un poder adquisitivo alto.

Marco Conceptual

El término droga es una concepción semánticamente amplia y compleja que, debido a su naturaleza polisémica, da cabida a varias acepciones gramaticales. Debido a la multiplicidad conceptual que implica la expresión, instituciones mundiales y autores de bibliografía relacionada al tema han procurado delimitarla con la finalidad de utilizar adecuada y oportunamente el vocablo, así como se lo realizará en el presente apartado.

El Glosario de términos de alcohol y drogas elaborado por la Organización Mundial de Salud en conjunto con el Ministerio de Sanidad y Consumo de España, concuerda con la idea de que la palabra droga es un término diverso pero que, en el ámbito medicinal, hace referencia a una sustancia que tiene la capacidad de evitar y tratar enfermedades físicas y mentales de un ser

humano, al mismo tiempo que especifica que en farmacología la expresión hace alusión a elementos químicos que actúan en el organismo y en la composición química del hombre. Sin embargo, ambas entidades especifican que dentro de la conceptualización también hay cabida para las referencias que circulan en la sociedad. “En el lenguaje coloquial, el término suele referirse concretamente a las sustancias psicoactivas y, a menudo, de forma aún más concreta, a las drogas ilegales” (Organización Mundial de la Salud, 1994). Es justamente esta condición de ilegitimidad uno de los factores que aportará a la concepción del término sobre el cual se trabajará el estudio en desarrollo.

Por su parte, autores de este siglo han esbozado definiciones más integradoras donde el término también incluye, de manera clara e implícita, hábitos dañinos y subordinación. “Droga es toda sustancia natural o sintética que genera adicción, es decir, la necesidad imperiosa o compulsiva de volver a consumir para experimentar la recompensa que produce, que es sensación de placer, euforia, alivio de la tensión, etc.” (Fernández-Espejo, 2002). Así, desde una *perspectiva neurobiológica*, Emilio Fernández-Espejo autor de *Bases neurobiológicas de la drogadicción* propone una definición que incluye una relación estrictamente cercana con la dependencia y la adicción, mismas que surgen como consecuencia del consumo constante de sustancias ilegales perjudican al organismo en distintos niveles y formas, dependiendo del ámbito en el que actúen dichos elementos.

Una de las características constantes a considerar sobre el término droga es su naturaleza dañina hacia el organismo, teniendo una constante afectación al sistema nervioso central y sus funciones, de ahí que varios especialistas denominen a estas sustancias como psicoactivos. Según el anteriormente citado glosario de términos, la palabra en cuestión no implica una dependencia intrínseca, pero en la cotidianidad este término es utilizado para hablar del consumo de sustancias ilegales o el abuso de ellas, por esto el término es utilizado en otras investigaciones como un sinónimo. “Se utiliza la expresión “drogas psicoactivas”, o sinónimos como “psicoactivos” y “sustancias psicoactivas” para nombrar a aquellas que actúan en el sistema nervioso central. Esas expresiones van acompañadas de “ilegal” “ilícito” o “prohibido” para diferenciar los psicoactivos que son producidos-consumidos-vendidos en la legalidad y aquellos que no lo son” (Labate & Rodrigues, 2015). En concordancia con lo anteriormente expuesto, la expresión psicoactivo será empleada para hacer referencia al uso de drogas ilegales.

Abordar el campo de las sustancias ilegales implica hacer una mínima clasificación de ellas a fin de tener delimitadas sus características propias. Haciendo alusión al estudio de la Oficina de las Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito denominado *Resumen, Conclusiones y Consecuencias en Materia de Políticas*, en este aspecto se puede dividir a las drogas en dos campos: aquellos que son de origen vegetal y las que son de tipo sintético. Para fines de la presente investigación, y debido al impacto que este ejerce en los consumidores en términos de adicción justamente por su cualidad química, este segundo ámbito será en el que se realice énfasis. “El mercado de drogas sintéticas nunca ha sido tan complejo ni ha estado tan difundido. En particular, la variedad de sustancias con efectos estimulantes que en él circulan, como los estimulantes de tipo anfetamínico tradicionales y las NSP (Nuevas Sustancias Psicoactivas), va en aumento” (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2017). La proliferación de estos elementos artificiales supone una preocupación adicional tanto para los gobiernos de turno en materia legal y para los consumidores en cuanto a salud.

Para efectos de la presente investigación, es necesario adentrarse en uno de los psicoactivos que integran el grupo de las drogas sintéticas y que en la última década ha tenido un auge desmedido: la hache. Debido al impacto de esta droga en la sociedad ecuatoriana y a las consecuencias que esta sustancia ha traído consigo en los consumidores, la ‘H’ será el centro de análisis del presente estudio. En estricto sentido, es necesario delimitar a qué hacemos referencia con esta droga ilegal y los componentes que la integran para comprender el acelerado impacto y la fuerte repercusión que tiene en el Ecuador.

En los últimos cinco años, un notable incremento de casos de consumo, intoxicación y muerte a causa de drogas se ha registrado en el país, por lo que los esfuerzos se han centrado en descubrir e identificar la sustancia ilegal que lidera el aumento de casos. Según datos de la Dirección de Análisis y Estudios sobre Drogas de la Secretaría Técnica de Drogas (SETED), la cantidad de atenciones ambulatorias por adicciones en la Zona 8, que integra Guayaquil, Durán y Samborondón, pasaron de 3.397 casos en 2013 a 21.176 para el 2015 (Expreso, 2017). Aunque dentro de las cifras no se atribuyen los casos a una sustancia en específico, lo cierto es que la ‘hache’ (H) se ha convertido en el centro de investigaciones policiales, gubernamentales e incluso medicinales en Ecuador.

En concordancia con lo anteriormente expuesto, Jimmy Ortiz, psiquiatra y especialistas del Instituto de Neurociencias de la Junta de Beneficencia de Guayaquil fue una de los primeros en aventurarse a proporcionar un concepto sobre este psicoactivo. “La ‘H’, una droga ilegal

que resulta de la mezcla de un opioide -en este caso la heroína- con cualquier otra sustancia adulterante que tenga a la mano el micro traficante; es ofrecida en fiestas, colegios, universidades y barrios a los jóvenes y adolescentes, quienes desconocen las terribles y hasta fatales consecuencias que podría ocasionarles su consumo” (Ortiz, 2015). El especialista además indica que existen síntomas para identificar a un posible consumidor, entre ellos, la necesidad de continuar consumiendo, ansiedad y comportamientos desesperados a fin de conseguir más droga para inhalar.

La definición antes expuesta tiene concordancia con los datos expuestos por el vocero de la SETED en 2017, Luis Salazar, quien indicó en una entrevista a un medio de comunicación que, tras analizar 56 muestras incautadas de este tipo de sustancia, se pudo conocer que todas coincidían en que contener heroína (diacetylmorfina) entre un 40% y 60%. Dentro de dicho estudio se conoció además qué otros tipos de componentes se encontraban en la hache: en mayor nivel cafeína (8,21%) y diltiazem (85,71%) y en menor escala tolicaína, aminopirina, noxiptilina, dietiltalato y carbonato de calcio (El Telégrafo, 2017). La mezcla de sustancias no solo hace que droga no esté en un estado puro, sino que además provoque un mayor nivel de adicción debido a los distintos componentes químicos, haciéndola más tóxica y nociva.

Como se lo ha indicado en líneas anteriores, los hábitos desmesurados de consumo son una constante sine qua non de la problemática social de las drogas, por ello, la adicción es uno de los estados propios de quienes se ven inmersos en este escenario. La OMS estipula que la adicción es el “consumo repetido de una o varias sustancias psicoactivas, hasta el punto de que el consumidor (denominado adicto) se intoxica periódicamente o de forma continua” (Organización Mundial de la Salud, 1994). La definición que brinda la organización además especifica que el adicto siente la necesidad constante y repetida de consumir la o las drogas de su preferencia; es incapaz de detener, de forma voluntaria, el uso de una droga ilegal y realizaría cualquier actividad o acción con el objetivo de obtener la sustancia psicoactiva para consumirla. En este sentido, la problemática no solo resulta ser de índole social sino, además, de salubridad.

La Carta Magna de Ecuador enmarca, en su artículo 363, que el consumo desmesurado de sustancias debe ser considerado como problemas de salud pública, por lo que se estipula desarrollar e implementar los proyectos necesarios con la finalidad de combatir y contrarrestar la problemática.

Art. 363.- Las adicciones son un problema de salud pública. Al Estado le corresponderá desarrollar programas coordinados de información, prevención y control del consumo de alcohol, tabaco y sustancias estupefacientes y psicotrópicas; así como ofrecer tratamiento y rehabilitación a los consumidores ocasionales, habituales y problemáticos. En ningún caso se permitirá su criminalización ni se vulnerarán sus derechos.

(Asamblea Nacional Constituyente del Ecuador, 2008)

Además de lo indicado, en el artículo 46 de la constituyente se indica que se aplicarán varias medidas a fin de garantizar el bienestar de los niños, niñas y adolescentes frente al consumo de drogas. En el ítem cinco del apartado se estipula que se realizarán acciones preventivas para evitar que los menores consuman cualquier tipo de sustancia perjudicial que pueda afectar su crecimiento y desarrollo.

El Consejo Nacional de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas (Consep), creado en septiembre de 1990, fue una de las instituciones que funcionó en el país con la finalidad de combatir el expendio y consumo de drogas en la población ecuatoriana. “Se le encomendó ser la instancia que articulara el combate a los narcóticos desde una “visión integral”, con patrimonio propio y jurisdicción coactiva para recaudar recursos” (El Comercio, 2015). La entidad gubernamental además ejerció otras obligaciones relacionadas a la temática como la administración de los bienes obtenidos en incautaciones al narcotráfico, el control de las sustancias ilegales sujetas a fiscalización, así como el desarrollo de programas de prevención para adolescentes en instituciones educativas del país.

El Consep, haciendo uso de sus facultades y aceptando un informe del Ministerio de Salud Pública (MSP), elaboró en 2013 una tabla en la que se estipularon las cantidades máximas permisibles para la tenencia y el consumo de droga en el país. Los estudios proporcionados por el MSP se convirtieron en el soporte especializado para sustentar la creación del adjunto legal (El Telégrafo, 2013). De esta forma se establecieron los valores máximos de tenencia: 10 gramos de marihuana, 2 de pasta base de cocaína, 1 de clorhidrato de cocaína, 0,1 de heroína, 0,015 de éxtasis, 0,040 de anfetaminas. “El procurador general del Estado, Diego García, explicó que la tabla que fija las cantidades máximas para el porte y consumo personal de alcaloides en el Ecuador servirá como insumo para que los jueces penales sepan identificar un caso de tráfico o de consumo” (El Telégrafo, 2013). Así, la nueva tabla no solo tenía la intención de fijar los valores de delimitaba el consumo y tráfico de sustancias ilícitas, sino que

también buscaba ser una herramienta que ayude en los procesos legales a dictaminar mejores sentencias, teniendo en consideración que en el país no se criminalizan a los adictos de sustancias psicoactivas.

A pesar de que las intenciones para elaborar la tabla de consumo de drogas se cimentaron en la capacidad de identificar a consumidores de expendedores, a fin de dar tratamientos a primeros y sentenciar a segundos, este cuadro se convirtió en una carta que los microtraficantes usaron a su favor para evitar ser aprehendidos. El expresidente de la República, Rafael Correa, criticó la situación en una de sus sabatinas y conminó a que se ajuste la tabla para continuar con la política de ‘tolerancia cero’ a las drogas de su gobierno (El Universo, 2015). En consecuencia, el cuadro del Consep que delimitaba la tenencia de portabilidad de sustancias estupefacientes y psicotrópicas fue modificado de forma drástica en cuanto a sus valores máximos: la cantidad de heroína pasó de 0 a 0,1 gramos; de 50 a 2 gramos en pasta base de heroína, de 50 a 1 gramo de clorhidrato de cocaína y de 300 a 20 gramos de marihuana. Quienes sobrepasaran la cantidad estipulada, se enfrentarían a la normativa establecida en el Código Integral Penal (COIP).

La creación y modificación de tablas que limiten el consumo y expendio de sustancias no fue la única acción que se efectuó durante el gobierno del expresidente de la República Rafael Correa Delgado (2007-2017), pues, a fin de gestionar más y mejores acciones que regulen esta problemática, también se creó la Ley Orgánica de Prevención Integral del Fenómeno Socio Económico de las Drogas y de Regulación y Control del Uso de Sustancias Catalogadas Sujetas a Fiscalización, en reemplazo de la Ley de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas. Esto, con el objetivo de formular estrategias más fuertes y concretas que ayuden a erradicar el problema existente en el país. Así pues, por la disposición legal, se creó en enero del 2016 la Secretaría Técnica de Drogas (Seted) con la misión de “regular, coordinar, articular, facilitar y controlar la implementación de procesos intersectoriales de prevención del tráfico y consumo de drogas con un enfoque centrado en los sujetos y su buen vivir” (Secretaría Técnica de Drogas, 2017). A diferencia del Consep, la nueva entidad se anexó a la Presidencia de la República para gestar políticas públicas para hacerle frente al expendio drogas ilegales y las consecuencias sociales que esta trae consigo; esto, al mismo que se labora en conjunto con otros siete ministerios como el de Salud y Educación (El Telégrafo, 2016).

La pena de reclusión para aquellos que expenden la droga no es la única problemática social que surge en este escenario, el consumo de drogas desencadena además otras dolencias en la

sociedad a las que el Estado también debe prestar atención y trabajar en pro de su solución. “Los problemas de la dependencia de sustancias suponen un alto costo para todas las sociedades en lo que se refiere a la pérdida de productividad, la transmisión de enfermedades infecciosas, trastornos familiares y sociales, delincuencia y, por supuesto, una excesiva utilización de los servicios de salud” (Oficina contra la Droga y el Delito, 2003). Las afirmaciones de la organización internacional se ven confirmadas si tan revisamos algunas cifras sobre la inversión del estado en cuanto al problema de las drogas. Según uno de los últimos informes realizados por la Seted (2017), denominado Costo del fenómeno de las drogas en Ecuador en 2015, se estima que para dicha fecha el costo del fenómeno de drogas en el país supera los \$ 200 millones, lo que implicaría que se está invirtiendo alrededor de \$ 13 por cada habitante si se tiene en cuenta que para dicha fecha la población total era de 16.144.363 personas.

Actualmente, el *Ministerio de Salud Pública posee un Plan Nacional de Prevención Integral y Control del Fenómeno Socio Económico de las Drogas* en donde se rige el trabajo a desarrollar entre el 2017 hasta el 2021 en todo el país, así pues, en este documento se establecen cuáles son los ejes, objetivos, estrategias y líneas de acción a trabajar en el campo la lucha contra las drogas. Debido a la complejidad del esquema, el Ministerio de Salud, de Educación, de Inclusión Económica y Social, de Justicia, del Interior, del Deporte, de Cultura y Patrimonio; y la SETED trabajan en conjunto para que se logre el objetivo mayor del plan desde cada uno de los campos de especialidad (Secretaría Técnica de Prevención Integral de Drogas, 2017). Prevenir el uso y consumo de sustancias ilegales, reducir la demanda de estupefacientes y psicotrópicos, evitar la producción clandestina de drogas, así como trabajar en la atención integral de quienes están inmersos en el consumo problemático son algunos de los objetivos en los que se pone énfasis acorde con el programa.

El tratamiento de los drogodependientes trae consigo de manera implícita y marcada una de sus primeras etapas: la desintoxicación. “Procedimiento clínico, proceso de retirada (abstinencia) de la sustancia que se lleva a cabo de forma segura y eficaz, de manera que se reducen al mínimo los síntomas de la abstinencia” (Organización Mundial de la Salud, 1994). Es decir, en este proceso el adicto pasa por un proceso de intervención en donde comienza a liberarse de la sustancia ilegal y comienza a ingresar a un ciclo en donde comienza a lidiar con las consecuencias de la falta de la droga en el organismo. Los lugares en donde se desarrollan estos tratamientos toman el nombre de centros o unidades de desintoxicación y de centros de

rehabilitación. La importancia de ellos radica en que su labor con los drogodependientes permitirá incorporar de manera adecuada de los pacientes a la sociedad.

Debido a la importancia de los centros de rehabilitación en la problemática del consumo y adicción de sustancias ilegales, la presencia de estos resulta una necesidad en el país. En concordancia, el *Reglamento para la regulación de los centros de recuperación para tratamiento a personas con adicciones o dependencias a sustancias psicoactivas*, expedido en el 2012, se crea con la finalidad de “establecer las normas para la calificación, autorización, regulación, funcionamiento y control de los Centros de Recuperación (CR) para personas con problemas de adicción a sustancias psicoactivas” y, así, velar por el respeto de los derechos humanos de quienes se internen en estos lugares (Ministerio de Salud Pública, 2012). En este cuerpo legal se establece la clasificación de estos centros, los permisos con los que se deben contar, la forma de registro de pacientes, el tratamiento profesional, entre otros aspectos.

La normativa vigente no da abasto frente al panorama que se vive sobre el tema en el país, puesto que en ella no se establece un programa de tratamiento estandarizado o una guía universal a la que se ajusten los establecimientos, tanto públicos y privados, a fin de que garantice el bienestar y la óptima recuperación de los pacientes. Fuera de ello, la problemática no solo se centra en la existencia o de más centros de tratamiento, sino que el aumento de estos (que sí resultan necesarios), sino en su carácter que debería ser público puesto que, a pesar de la existencia de los privados, los resultados no han sido los óptimos. La demanda de adictos existentes en el país requiere de una política pública que gestione y defienda de manera concreta la existencia de más unidades de internamiento para desintoxicar a adolescentes y jóvenes, no solo frente a un problema en auge, sino porque corresponde, además, a la cláusula de la constituyente en donde se entiende que esta problemática debe ser abordada y resuelta como un tema de salud pública.

2. Metodología.

2.1 Human Centered Design

Esta investigación propone una innovación metodológica: Human Centered Design (HCD). Esta metodología permite desarrollar las soluciones a los problemas poniendo en el centro de todo a las personas. Mediante este enfoque se trata de ver el comportamiento real del ser humano en el contexto práctico en que habita y tratando de elucubrar mediante distintas técnicas cuáles son sus verdaderas motivaciones, preferencias y al final del día su proceso de decisión y no necesariamente lo que diga la teoría.

Las técnicas para obtener y analizar la información están basados en las herramientas del Human Center Design (HCD) y las herramientas para desarrollar proyectos de innovación pública (Laboratorio de Gobierno. Chile, 2017).

El HCD es un proceso y un conjunto de técnicas que se usan para crear soluciones nuevas para el mundo. Estas soluciones están enfocadas en productos, servicios, espacios, organizaciones y modos de interacción. Se llama “centrado en las personas” porque en todo momento el foco de atención son las personas para quienes se quiere crear la nueva solución (IDEO.org, 2015).

La utilización de la metodología del HCD tiene como fin generar sistemas y políticas que sean una co-creación donde los involucrados tengan una participación activa en el diagnóstico y formulación del problema y generación de soluciones.

La metodología para la innovación pública está guiado por un conjunto de principios que guían su forma de trabajo y un proceso integrado de gestión para llevar adelante los proyectos de innovación (Laboratorio de Gobierno. Chile, 2017). Tanto los principios como los procesos comparten la metodología del HCD y lo traducen como un proyecto de innovación pública que le permite desarrollar y analizar políticas públicas mediante un conjunto de técnicas innovadoras.

Los cinco principios de la innovación pública son: 1) Foco en las personas: donde interesa conocer las necesidades, activos, motivaciones y capacidades de las personas para ser agentes del cambio; 2) Co-creación: consiste en abrir espacios, entregar herramientas y motivar a los múltiples actores para co-descubrir, co-definir, co-idear y co-implementar innovaciones que tengan impacto; 3) Enfoque sistémico: consiste en integrar múltiples perspectivas a través de

una mirada holística a los problemas y las soluciones; 4) Experimentación: desarrollo de soluciones y proceso de aprendizaje; 5) Foco en la experiencia: basada en nuevas formas de entender y comunicar a través de historias y pensamiento visual (Laboratorio de Gobierno de Chile , 2014).

Las herramientas para desarrollar proyectos de innovación pública y sobre el cual se va a basar este estudio está guiado en cuatro pilares, tales como: 1) Descubrimiento del desafío: el cual permite entender en profundidad el problema de los usuarios; 2) Generación de ideas: consiste en buscar ideas para abordar el desafío de innovación; 3) Prototipado y testeo: prueba las ideas para mejorarlas, cambiarlas o desecharlas antes de su implementación; 4) Gestión de la innovación: etapa de preparación para la implementación del proyecto y sostenibilidad de la innovación en nuestra institución.

En el siguiente cuadro se detallan los principales elementos que componen estos pilares. Los temas marcados con color rojo corresponden aquellos que aplican a las características de este estudio. Las siguientes secciones desarrollan cada uno de estos elementos.

Cuadro 1. Herramientas para la innovación pública

DESCUBRIMIENTO AL DESAFIO	GENERACIÓN DE IDEAS	PROTOTIPEADO Y TESTEO	GESTIÓN DE LA INNOVACIÓN
1. Plan de investigación	1. Análisis de buenas practicas	1. Prototipeado rápido	1. Empaquetamiento del Proyecto
2. Mapa de actores	2. Ideación	2. Storyboard	2. Discurso de ascensor
3. Diagrama Causa – efecto	3. Sombreros para pensar	3. Role playing	3. Matriz de riesgos
4. Técnicas de investigación cualitativa	4. Impulsores de mejoras	4. Prototipeado de aplicaciones digitales	4. Estrategias de gestión del cambio
5. Persona profile	5. Categorización y priorización de ideas	5. Testeo de prototipos e integración de retroalimentación	5. Modelo Canvas para el sector público
6. Journey mapping	6. Journey mapping con idea de solución	6. Plano del servicio	6. Institucionalización de la innovación

Fuente: (Laboratorio de Gobierno. Chile, 2017)

2.2 Descubrimiento al desafío

La primera fase de “Descubrimiento al desafío” contiene 6 herramientas de innovación las cuales pretenden ayudar a entender mejor el problema desde sus distintas aristas.

2.2.1 Plan de investigación

En esta fase, el plan va a permitir definir qué se va a investigar, cómo se lo hará y a quienes se va a involucrar en la investigación. El plan permite planificar todas las tareas que debemos realizar para lograr una buena investigación orientada a identificar el real problema que tienen los usuarios.

Según lo descrito en la introducción el estudio basará su análisis en fuentes de datos cuantitativos como encuestas nacionales e internacionales basados en el tema y métodos cualitativos los cuales se partirá con un mapeo de los actores y una descripción del funcionamiento general del sistema donde se podrán vislumbrar puntos de intervención críticos (oportunidades y barreras). Esto nos permitirá establecer una teoría del cambio o marco lógico más compresivo y útil para esta problemática. Todo esto fundamentado en información de tipo cualitativa como por ejemplo grupo focal o entrevistas en profundidad.

El análisis de sistema además se complementará con una breve evaluación de las políticas vigentes. Finalmente, se revisarán buenas prácticas a nivel internacional que sean adaptables al caso ecuatoriano.

2.2.2 Mapeo de actores.

El mapeo es un recurso que permite profundizar cuáles son los entes que intervienen en el desarrollo del sistema, ¿Cuál es su participación? y ¿Cuál es su incidencia? frente a una posible influencia de un ente externo dentro del sistema, este aspecto puede determinarse como el factor de interés o conflicto frente a la implementación de determinado tratamiento.

En este caso, el mapeo de actores es una representación visual de las distintas personas e instituciones que tienen relación con un servicio, un usuario o un problema. Permite reconocer a todos los actores que están relacionados con el proyecto con sus distintos niveles de influencia, y las relaciones que existen entre éstos (Laboratorio de Gobierno. Chile, 2017).

El actor núcleo (o principal) en esta investigación corresponde al joven que tiene un consumo problemático de drogas y se lo ubica al centro del mapa, como se muestra en la siguiente figura. Los actores que están relacionados al principal se identifican como la familia que tendría un rol directo sobre el joven y por otro lado se encuentran las instituciones públicas y privadas, que tendrían un rol indirecto. El actor público corresponde a los centros especializados para el tratamiento a personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas (CETAD) o Casas de acogida enfocada directamente en el tratamiento de jóvenes. El actor privado comprende los centros de recuperación privados los cuales, de acuerdo a la problemática expuesta en la sección anterior se registran centros con permiso de funcionamiento vigentes y aquellos centros clandestinos que operan de manera ilegal.

Figura 1. Mapa de actores



Fuente: (Laboratorio de Gobierno. Chile, 2017)

2.2.3 Diagrama Causa – efecto

Esta herramienta permite desglosar todas las posibles causas y efectos de una problemática. Ayuda a considerar diferentes alternativas y lograr una perspectiva más sistémica y profunda del problema, logrando llegar a las razones de fondo de la problemática. Según la técnica, se

debe identificar la problemática y ubicarla en el centro del diagrama, luego, en la columna izquierda escribir por qué creemos que existe esta problemática, para la cual se aplica la “técnica de los por qué” donde nos preguntaremos repetidas veces por qué creemos que ocurre esto. Luego de identificar las causas, nos enfocaremos en los efectos que genera esta problemática como ¿Cuál es el impacto que tiene en los usuarios? Los efectos se los anota en la columna derecha.

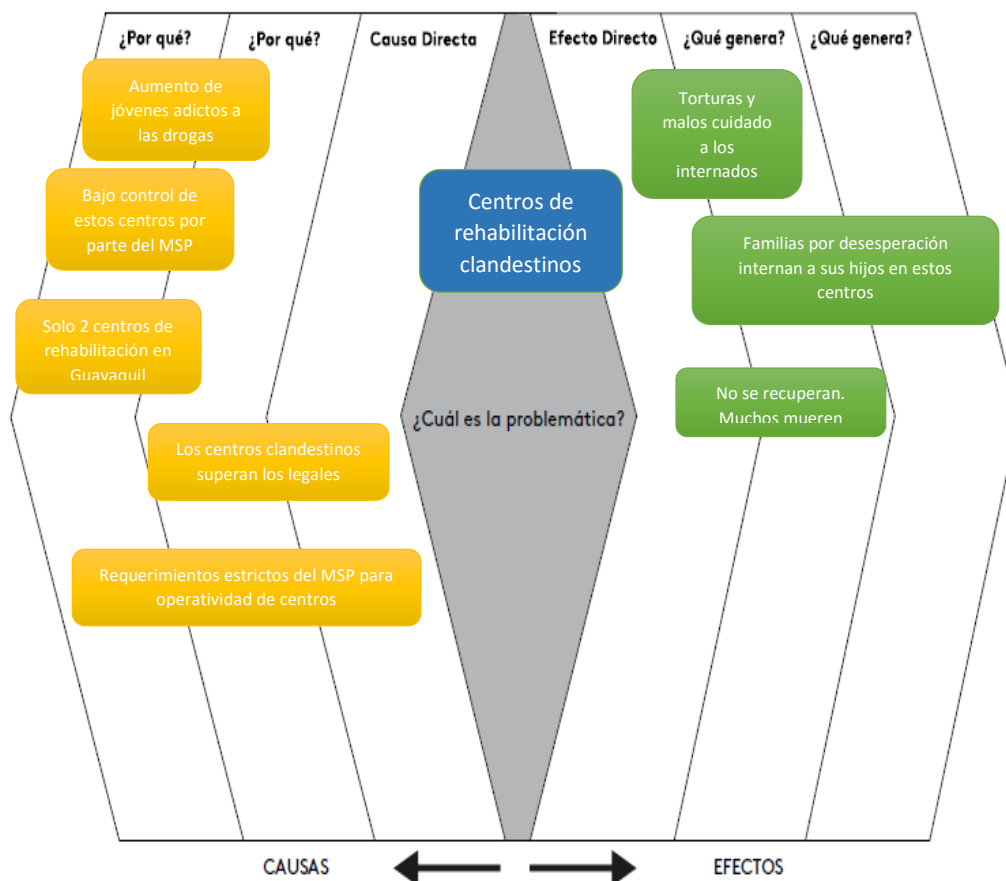
Como se indicó en la introducción, la problemática radica en que existe un número importante de centros de rehabilitación clandestinos. A esto lo definimos como la problemática. Las posibles causas de este problema es que el consumo de drogas en jóvenes de estrato social bajo, especialmente la droga “H”, se ha incrementado de manera importante y la oferta de centros de rehabilitación se ha vuelto insuficiente para solventar la demanda de recuperación de estos jóvenes adictos. A nivel del sector público, solo existen en el país, 4 casas de acogida enfocadas en jóvenes, de las cuales 2 se ubican en la ciudad de Guayaquil.

Existe un bajo control de estos centros clandestinos y el único mecanismo para poder clausurar estos centros se da por denuncias de la comunidad. Muchos de los familiares involucrados se oponen a la clausura de los centros porque aluden no contar con otro lugar donde internar a sus hijos.

Figura 2. Diagrama Causa-efecto

Diagrama causa-efecto

HERRAMIENTA 3



Fuente: (Laboratorio de Gobierno. Chile, 2017)

2.2.4 Técnicas de investigación cualitativa

La investigación cualitativa es una herramienta poderosa para hacer mapas de relaciones y conexiones entre la gente, los lugares, los objetos y las instituciones. Este método es esencial para entrar en contacto con la gente en su medio habitual con el objeto de comprender los temas en profundidad. Los métodos de investigación cualitativa le permiten al investigador desarrollar una profunda empatía hacia la gente para la que está diseñando, cuestionar supuestos y sugerir soluciones nuevas (IDEO.org, 2015).

(IDEO.org, 2015) ofrece un conjunto de métodos de investigación cualitativa para que sean adaptados de acuerdo a las características propias de su investigación tales como entrevista

individual, entrevista grupal, inmersión en el contexto, documentación propia, conocimiento generado por la comunidad, entrevistas con expertos y buscar inspiración en otras partes.

Para efectos de este estudio, luego de indagar respecto de las características de cada técnica y el aporte que pueden generar a esta investigación se seleccionaron las entrevistas en profundidad y grupos focales. Se eligieron estas técnicas porque son apropiadas y necesarias para que sean aplicadas según los distintos actores del sistema, debido a lo sensible de los temas de abordar y la escasa información cuantitativa disponible.

Similares estudios realizan investigación cualitativa para determinar los factores que inciden al consumo de drogas sintéticas en Ecuador (Comunidad Andina, DROSICAN, 2010) y Colombia (ODC; UNODC, 2015) y llevaron a cabo estas dos herramientas para recopilar, organizar y analizar información sobre los riesgos y prácticas de cuidado relacionadas con el consumo de drogas en adolescentes y jóvenes.

En línea directa con esta investigación en el estudio de (Currie & Consultants, 2001) identificaron prácticas óptimas en el tratamiento y la rehabilitación de la juventud con problemas de consumo de drogas en Canadá y realizaron entrevistas exhaustivas con expertos clave en el tratamiento de adicción tales como proveedores del tratamiento, director del centro de rehabilitación, gestores de programas y políticos.

2.2.4.1 Encuestas en profundidad y grupos focales

Las entrevistas en profundidad se realizan de manera individual a personas cuyas ideas, opiniones y valoraciones son relevantes para los objetivos de la investigación. Al igual que en el grupo focal, el entrevistador se apoya en un guion previamente preparado, pero no sigue un orden temático planificado de antemano.

Los grupos focales son una técnica grupal que busca la generación de un diálogo intermediado por la acción del moderador y de la pauta de preguntas que busca desplegar para ser respondidas por los invitados. La situación de grupo permite obtener diversos puntos de vista y percepciones estimuladas por la interacción (Blog Por hace por b, 2013).

Según las recomendaciones del HCD estas entrevistas necesitan una guía de pautas. La entrevista semiestructurada es un método clave para favorecer el diálogo y una relación estrecha con los participantes manteniendo el foco sobre un tema en particular. La

estructuración cuidadosa de las preguntas del cuestionario sirve para llevar a los participantes a viajar con el pensamiento de lo específico a lo que aspiran para volver a lo concreto.

Durante la entrevista, una técnica importante que debe considerarse, dependiendo del desarrollo de la entrevista, es la técnica de “contar historias”. Las personas revelan temas y situaciones importantes de su experiencia cotidiana cuando cuentan historias. A menudo lo que la gente dice que hace y lo que hace en realidad no es lo mismo. Así es que en una entrevista es importante no quedarse sólo con preguntas directas (IDEO.org, 2015).

Previo a realizar la entrevista el moderador o investigador debe mentalizar tener la mente abierta a respuestas inesperadas. La técnica de “mente de principiante” y “observar versus interpretar” son útiles para analizar lo recopilado en las entrevistas. Tener una mente de principiante ayuda a presentarse en un medio conocido sin hacer suposiciones basadas en experiencias anteriores. Entender el comportamiento del entrevistado y lo que les motiva nos ayuda a diferenciar entre observación e interpretación de lo que estamos mirando y nos revela los sesgos y las perspectivas a través de las cuales miramos el mundo (IDEO.org, 2015).

En la sección 3.2 se detallan los pasos realizados para el levantamiento de las entrevistas en profundidad y grupos focales basados en la metodología descrita recientemente.

2.2.5 Persona Profile

Consiste en identificar el perfil de las personas que están involucradas en la problemática y que representan un grupo de personas que comparten ciertas características. Esta técnica nos da una descripción más precisa del usuario y lo que éste desea lograr, permitiendo empatizar y conocer un poco más a este tipo de usuario (Laboratorio de Gobierno. Chile, 2017).

Según la técnica debemos partir por identificar el tipo de usuario que queremos representar. Luego, caracterizarlo físicamente a través de un dibujo y ponerle un nombre. Después, se debe profundizar las distintas dimensiones de su vida mediante la identificación del perfil geográfico, demográfico, tecnológico y perfil conductual. En la siguiente figura se encuentra una representación de los distintos perfiles que permiten caracterizar al usuario.

Figura 3. Herramienta Persona Profile


Usuario - Persona HERRAMIENTA 5

Perfil demográfico: edad, estado civil, familia, hijos, educación, ocupación, nacionalidad-etnia, enfermedad, situación de discapacidad

Perfil geográfico: dónde vive, dónde trabaja/estudia, en qué viaja

Perfil tecnológico: usuario internet, dispositivos, aplicaciones, redes sociales, juegos, cable, prepago/plan, etc.

Dibuja aquí a tu persona



Nombre: _____

Una cita que lo caracterice

Expectativas: ¿cuál es su experiencia ideal con el servicio?

Perfil conductual: intereses, actividades, hobbies, personalidad, valores, creencias

Fuente: (Laboratorio de Gobierno. Chile, 2017)

2.2.6 Mapeo del sistema (Journey mapping).



En esta etapa se indaga sobre lo que realiza el usuario antes, durante y después de la interacción con el sistema. De esta manera, se puede observar los procesos y actividades que ocurren paralelamente en el servicio, e identificar los momentos críticos de la experiencia del usuario. En la etapa anterior se identifica a los actores y en esta etapa, se solicita a los involucrados una descripción de un día típico (actividades de rutina), tipo de decisiones, situaciones inesperadas y percepciones con respecto a esas actividades y situaciones.

Siguiendo la metodología sugerida por (Laboratorio de Gobierno. Chile, 2017) se recomienda anotar, ya sea mediante dibujos y textos cada una de las acciones que el usuario realiza respecto del servicio. Luego de esto, la interacción con los distintos actores del sistema para tener mapeada toda la experiencia del usuario. Después, viene la tarea de pensar cómo se siente el adolescente en cada uno de estos momentos y marcar el estado emocional que creen que tiene el usuario en cada momento. Con esto se puede identificar los “quiebres” de la experiencia, es decir, los momentos negativos para el usuario al interactuar con el servicio y con ello definir

la problemática final que debemos abordar en nuestra investigación. En la siguiente figura se muestra la ficha del “Viaje del usuario” donde se realiza un mapeo de las actividades en sus distintas etapas.

Figura 4. Mapeo de sistemas

Viaje del Usuario

		HERRAMIENTA 6		
		ANTES	DURANTE	DESPUÉS
<p>¿Qué hace el usuario?</p> 				
<p>¿Con qué / quienes interactúa el usuario? <small>(canales, funcionarios, objetos, puntos de contacto)</small></p>				
<p>Emociones ¿Cómo se siente?</p> 				

Fuente: (Laboratorio de Gobierno. Chile, 2017)

Para efectos del estudio, la aplicación de esta técnica se aborda en la sección 3 de resultados, donde se describe, una vez identificado el problema de adicción a las drogas, cuál es el proceso de decisión de las familias y el adolescente respecto del tratamiento a seguir para salir de esta situación y la interacción de los distintos actores en la problemática. La información descrita se basa en las entrevistas en profundidad realizadas a las familias y directores de los centros de rehabilitación y la caracterización de estos en base a estadísticas e información disponibles.

2.3 Generación de ideas

Las siguientes secciones (2.7 a 2.12) se enmarcan en la etapa de *Generación de ideas* la cual consiste en sintetizar e interpretar lo que se ha observado en las personas para ponerlo en marcos teóricos, oportunidades, soluciones y prototipos. Los objetivos de esta fase son dar sentido a los datos, identificar patrones, definir oportunidades y crear soluciones.

2.3.1 Análisis de buenas prácticas

Para establecer soluciones podemos basarnos en experimentos de terceros que en algún momento presentaron problemáticas similares a las nuestras en sus sistemas. Es por ello que acudimos a prácticas externas que ya se han implementado o están en vías de implementación para determinar cuáles de éstas pueden emularse. Es necesario tener muy en cuenta que las prácticas que se planifiquen emular deberán haber sido implementadas en sistemas que guarden similitud con el sistema en el que queramos implementarlo. Las cualidades demográficas, de coyuntura y de idiosincrasia, etc., de los sistemas pueden incidir en que los resultados sean totalmente diferentes de los esperados.

En este estudio se definen *buenas prácticas* como las medidas de éxito implementadas en programas de prevención y tratamiento de consumo de drogas enfocado en jóvenes y también como “un consenso de los expertos clave sobre los enfoques y elementos de tratamiento que parecen arrojar los resultados de tratamiento más acertados para los jóvenes”.

La búsqueda exhaustiva de la información se concentró en fuentes se resumían resultados de investigación y evaluación con el objetivo de identificar prácticas óptimas y metodologías de investigación cualitativa para identificar técnicas de levantamiento de información que permitan interpretar de manera correcta la voz y sentir de los actores del sistema. Estas fuentes incluyeron encuestas de datos de resultados de tratamiento de los jóvenes, estudios comparativos de programas que utilizan diversos enfoques o métodos, datos de evaluación de programas y estudios cualitativos en detección de consumo de drogas a nivel nacional e internacional.

2.3.1.1 Revisión de casos de éxito en estudios similares

Son escasos los estudios que miden los efectos que los centros de rehabilitación tienen en la disminución del consumo de drogas para los jóvenes. La mayor parte de las evaluaciones miden la efectividad de la intervención basados en otro tipo de centros de atención al consumidor tales como hospitales, prisión, servicios comunitarios de tratamiento de drogas y escuelas.

La metodología implementada en estos estudios tiene distintos enfoques. Uno de ellos basados en evaluación de impacto de programas y otros en estudios cualitativos como entrevistas de profundidad. Lo que se describe a continuación obedece a resultados de la evaluación y prácticas óptimas destacadas.

En el estudio de (Elliot, Orr, Watson, & Jackson, 2000) se realizó una revisión y análisis de la literatura sobre la efectividad de los centros de rehabilitación para consumidores de droga menores de 16 años en Norte América y Canadá. Los autores seleccionaron un conjunto de investigaciones en base a 4 criterios: 1) Si los pacientes fueron asignados aleatoriamente; 2) Si la comparación entre grupos fue justificada; 3) Si la recolección y análisis de los datos fue realizada adecuadamente y 4) Si los resultados fueron interpretados correctamente. Se encontraron resultados positivos y negativos respecto a los distintos programas analizados. En aquellos donde las intervenciones fueron efectivas para reducir el consumo de drogas y los problemas asociados con el consumo se detectó que las prácticas más efectivas fueron las terapias familiares, comunitarias y centros de rehabilitación.

Los factores que contribuyen al éxito de la intervención en jóvenes consumidores de droga y que podría mejorar el desarrollo futuro de los servicios de atención son el apoyo psicológico de los padres y los pares; automotivación y completar el programa; tener mayor fortaleza para afrontar las decaídas; mejor asistencia y rendimiento escolar, contar con personal capacitado, con experiencia y baja rotación; tener escuela enfocadas en grupos de alto riesgo de caer en drogas o identificar estos grupos, por ejemplo, reincidentes, entre otros.

(Morehouse & Tobler, 2000) realizaron un estudio cuasi-experimental donde la asignación de los grupos de tratamiento no fue aleatoria. Aquellos que se encontraban en centros de acogida, orfanatos, centros de rehabilitación, psiquiátricos fueron comparados con una muestra de la comunidad. De los 280 participantes, el 47% terminó el programa. Los autores encontraron una fuerte evidencia de que la intervención redujo el consumo de drogas (22% -25%) comparado con el grupo de control. Los factores asociados con el éxito del programa fue el

acceso a los adolescentes, terapeutas experimentados, baja rotación del personal y a las 5 a 11 horas de participación mínimas en el programa.

De acuerdo con (Azrin, et al., 1994) se realizó un estudio experimental donde se asignó aleatoriamente a una muestra de tratamiento a quienes se les otorgó terapia y la muestra de control a quienes se omitió el tratamiento (82 personas en cada grupo). Los participantes fueron monitoreados cada mes durante el tratamiento mediante exámenes de orina para medir el tiempo que se mantuvieron sin consumir droga mientras recibían las terapias. Si bien la muestra estaba conformada por adultos y jóvenes donde el 17% fueron menores de 19 años, los autores encontraron que los jóvenes que recibieron el tratamiento estuvieron, en promedio, 8,9 meses libres de drogas en comparación con los 5,7 meses que tuvieron los adultos que participaron. Los posibles factores asociados con el éxito del programa fue que la participación de los padres pudo haber mejorado la relación familiar de los participantes.

Por otro lado, se llevaron a cabo estudios cualitativos para dar sustento al diseño de modelos de intervención temprana (oferta y demanda) según lo desarrollado por (Comunidad Andina, DROSICAN, 2010) donde recolectaron información sobre jóvenes de los distintos estratos socioeconómicos de las ciudades de Guayaquil y Quito, a partir de su participación en grupos focales y/o entrevistas en profundidad. Los autores indagaron respecto de los patrones de consumo de drogas sintéticas y los factores de riesgo y/o protección asociados al consumo de estas sustancias. Si bien no están estrechamente relacionados con el tratamiento que reciben los consumidores en los centros de rehabilitación, la metodología cualitativa utilizada y descrita en la sección anterior aporta al análisis de este estudio.

Otro estudio cualitativo similar en Canadá (Currie & Consultants, 2001) llevó a cabo entrevistas en profundidad con expertos clave en el tratamiento de los centros de atención e identificaron importantes prácticas óptimas, entre las que se destaca la ubicación física del tratamiento, el enfoque y la filosofía integral de los programas, la información a los posibles beneficiarios y el contenido y la estructura de los programas. Se consideran elementos decisivos de una estrategia de información a los posibles beneficiarios la importancia de la presencia física del personal de los programas en los lugares donde la juventud se congrega y el apoyo directo y la formación del personal que trabaja con los organismos que atienden a la juventud (de manera especial, los centros educativos).

Una visión realista de las reincidencias, una orientación a la reducción de los peligros, un enfoque flexible del tratamiento centrado en los jóvenes y el involucramiento de la familia, constituyen enfoques esenciales para retener a la juventud en el tratamiento.

Los expertos clave describieron prácticas óptimas relacionadas con el enfoque y la filosofía de los programas como la aceptación, respeto y no emisión de juicios sobre la juventud; familiaridad con la realidad y la jerga de la juventud; las metas y el objeto del tratamiento deben estar determinados por los jóvenes y sus necesidades; la importancia de establecer un entorno de tratamiento físico y emocionalmente seguro (donde los jóvenes se sientan protegidos y cómodos, y donde se satisfagan sus necesidades básicas); la importancia de que los jóvenes se comprometan de inmediato ofreciéndoles diversas actividades recreativas que sean divertidas y no amenazadoras, y que establezcan una relación de confianza positiva entre el cliente y el personal.

2.3.2 Protocolo para la generación de ideas

Esta sección presenta un conjunto de técnicas que facilitan el proceso de generación de ideas.

La técnica de *Ideación* consiste en recopilar distintas ideas creativas de los participantes o miembros del equipo. Las ideas son compartidas entre las personas para que estas sean refinadas o se generen ideas que complementen las anteriores.

Si la presente investigación estuviese a cargo del Gobierno, lo ideal es que estas ideas sean generadas en las distintas carteras ministeriales encargadas de manejar el tema de las drogas. Para efectos de este estudio, los integrantes de esta tesis pudimos generar ciertas ideas en colaboración con nuestro profesor guía y dos personas que tienen experiencia en la materia. Las ideas están relacionadas con factores que nos permitieron analizar la problemática y generar propuestas para mejorar la situación actual de los centros de rehabilitación y que se ponen de manifiesto en la sección 5 de Pilares de la Propuesta.

La técnica de *Sombreros para pensar* consiste en generar ideas, pero procurando sean desde una perspectiva o punto de vista diferente. Por eso el término *sombrero*, ya que la idea es que nos involucremos en el perfil de los distintos actores y pensemos cómo éste podría reaccionar y dar su punto de vista.

En este estudio esa técnica, fue necesaria e indispensable para entender el accionar de las familias y los encargados de administrar los centros de rehabilitación. Mediante las entrevistas en profundidad se pudo constatar lo analizado en cada perfil y comprender las decisiones de estos actores.

La técnica de *Impulsores de mejora* permite plantear ideas, problemas y oportunidades bajo distintos escenarios. La idea es generar soluciones desde perspectivas distintas y luego manifestarla dentro de los integrantes del proyecto para idear en función de la combinación de ideas planteadas bajo este enfoque.

En este estudio gran parte de los pilares de la propuesta toman en consideración las opiniones vertidas de expertos en la materia, quienes expresaron sus ideas bajo distintas perspectivas. Esta información nos permitió abarcar el problema de manera completa y enriqueció la discusión de esta problemática.

La técnica de *Categorización y priorización de ideas* consiste en sintetizar y ordenar, según las prioridades, las ideas recopiladas en los distintos ejercicios. Esto permite visualizar las mejores soluciones y estrategias que serán prototipadas. Según lo planteado en (Laboratorio de Gobierno. Chile, 2017) se parte por definir criterios de selección o agrupación de ideas en base, por ejemplo, a ideas similares o que unas contengan la otra, también porque comparten atributos o características similares o porque pueden ser secuenciales dentro del transcurso de la experiencia del usuario en el servicio.

En este estudio, la organización de las ideas se realizó en base a ideas similares y tomando como foco de atención las familias.

La técnica de *Journey mapping con idea de solución* consiste en entregar una descripción lineal del proceso de decisiones que enfrenta el usuario en un contexto “ideal” antes, durante y después de interactuar con el servicio. Esto debe permitir comprender la solución de forma sistémica y no como componentes aislados.

Para efectos de nuestro estudio, en la sección 3 se plantea el proceso ideal que las familias deberían enfrentar desde que se enteran que sus hijos adolescentes están inmersos en el consumo problemático de las drogas y deciden tomar acciones para el tratamiento correspondiente

2.4 Prototipado y Testeo

Esta fase consiste en la implementación de las ideas principales sintetizadas en la fase anterior. Las ideas propuestas requieren ser testeadas en reiteradas ocasiones como prototipos, mini pruebas piloto y pilotos con el fin de mejorar la solución y dar soporte al sistema.

2.4.1 Prototipado rápido

Esta técnica consiste en llevar a cabo un componente de la idea y testarlo mediante un prototipo. Las lecciones aprendidas de esta evaluación permitirán incorporar las mejoras a la idea final.

En este estudio, vamos a llegar hasta la fase del prototipado, no lo vamos a testear completamente como lo indican las metodologías del HCD, pero si lo vamos a validar de alguna manera con experiencias de otros países con revisión literaria y con las conversaciones que hemos mantenido en las entrevistas en profundidad y que nos han servido para elucubrar sobre potenciales soluciones.

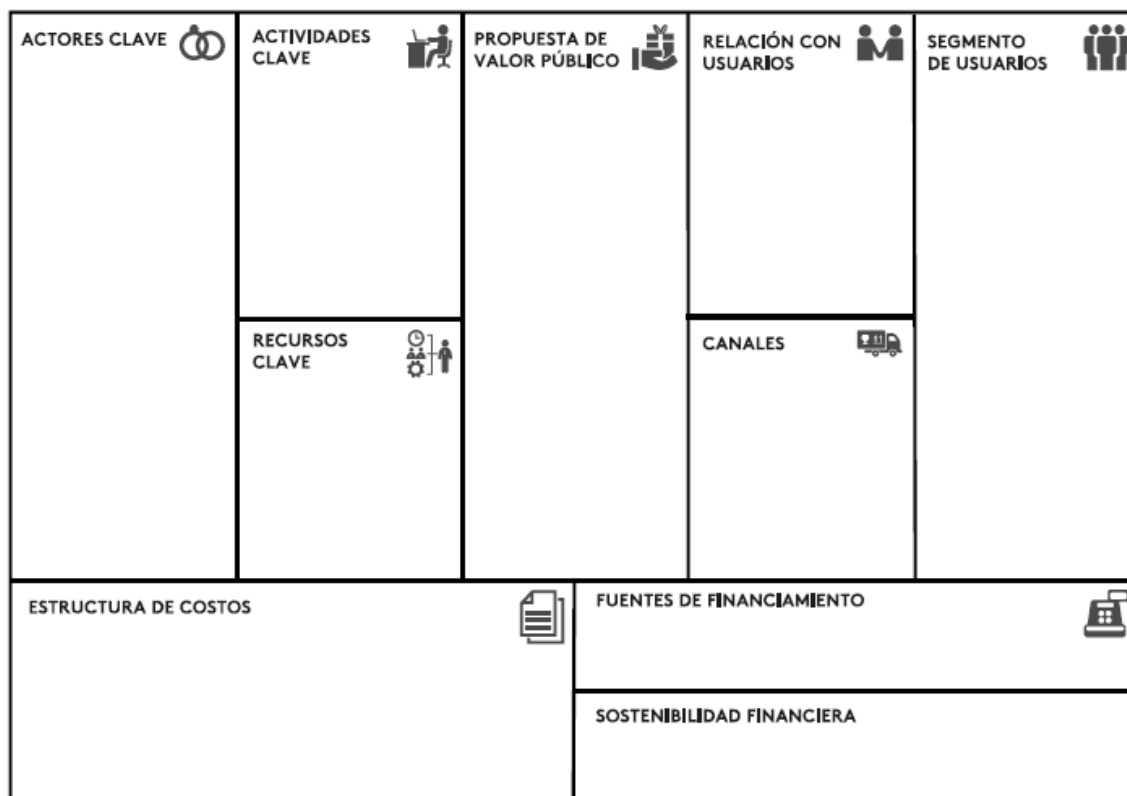
2.5 Gestión de la innovación

2.5.1 Modelo Canvas para el sector público

El modelo Canvas permite identificar los elementos que crean valor al servicio. Según lo indicado por (Laboratorio de Gobierno. Chile, 2017) *“El canvas permite conceptualizar y bosquejar la forma en la que una organización crea valor. Esto ayuda a identificar las dificultades y oportunidades de mejora y orientar la estrategia para entregar un servicio de mayor valor al usuario”*.

En la siguiente figura se muestra la ficha del Modelo Canvas con los elementos a considerar para llevar a cabo la ejecución del proyecto. Posteriormente, se describe de qué se trata cada elemento.

Figura 5. Modelo Canvas para el Sector Público



Fuente: (Laboratorio de Gobierno. Chile, 2017)

Según la técnica, se parte por definir la *Propuesta de Valor de la iniciativa* donde se reflexiona respecto de las necesidades que se están satisfaciendo o qué problema se está ayudando a resolver. Luego, se definen los actores clave en la implementación del proyecto. De la sección correspondiente del mapeo de actores se identifica el actor clave para la implementación de las políticas públicas que se deseen implementar. Después, se identifican las Actividades Clave que se requieran para realizar la propuesta.

El siguiente paso se enfoca en los usuarios y en determinar qué tipo de relación tiene el usuario con quien quiere ejecutar el proyecto y cuál sería la relación ideal que deberían mantener las partes. Luego de esto, se debe señalar a qué segmento específico de usuarios está orientado esta iniciativa.

Lo anterior, para efectos de este estudio y la propuesta planteada en secciones posteriores están relacionadas con los diferentes tipos de perfiles identificados para las familias porque finalmente quien toma las decisiones para solventar esta problemática son las familias dado

que el adolescente debido a la ingesta de droga no se encuentra en la capacidad de tomar decisiones racionales.

Continuando con el proceso, se debe definir los canales de comunicación para llegar a estos usuarios e identificar los recursos clave necesarios para llevar a cabo el proyecto, por ejemplo, financiero, humano, de tiempos, físico, de infraestructura, etc.

Respecto al tema financiero se debe pensar en la Estructura de Costos asociados a la implementación del proyecto, por ejemplo, costo de ejecución y desglose de un presupuesto. Con esto claro, se procede a identificar fuentes de financiamiento para implementar el proyecto y definir las estrategias para dar sustento financiero al mismo.

2.5.2 Institucionalización de la innovación

Lo que se pretende en esta sección es instar a la institución pública a adoptar la innovación al interior del sistema. Para ello, se debe reflexionar respecto de la importancia y necesidad de la institución pública para llevar a cabo este proceso y considerar las características y contexto propio de ésta, y diseñar estrategias acordes al tema.

En la siguiente figura se muestra un conjunto de preguntas que instan al análisis de la relevancia de institucionalizar la innovación y los objetivos o metas que se pretenden alcanzar mediante estas acciones.

Figura 6. Institucionalización de la Innovación

¿Dónde queremos llegar en un año más?				
Estado Actual				
Estado Futuro Deseado				
¿Para qué queremos institucionalizar la innovación en nuestra institución?				
¿Cómo lo haremos y qué acciones debemos realizar?				
Modelo de institucionalización	Acciones a realizar			

Fuente: (Laboratorio de Gobierno. Chile, 2017)

3. Análisis del sistema de Centros de Rehabilitación.

3.1 Descripción del funcionamiento general del sistema.

3.1.1 Oferta de Centros de Rehabilitación.

Descripción de los centros

Los centros de rehabilitación forman parte de los establecimientos de salud que prestan servicios de tratamiento a personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas (ESTAD).

Los ESTAD son establecimientos de salud que realizan actividades destinadas a la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, reducción de daños, inclusión e integración social a personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas. Los ESTAD se categorizan según su nivel de complejidad como se indica en el siguiente cuadro.

Cuadro 2. Tipología de centros de recuperación ESTAD

NIVELES DE ATENCIÓN	NIVELES DE COMPLEJIDAD	CATEGORÍA DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD	NOMBRE	HOMOLOGACIÓN
Segundo Nivel de Atención	2do nivel de complejidad	II-3	- Centro clínico ambulatorio (Hospital del Día)	- Centro ambulatorio para el tratamiento a personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas (CATAD)
Tercer Nivel de Atención	1er nivel de complejidad	III-1	-Centros Especializados	- Centros especializados para el tratamiento a personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas (CETAD), incluye Casas de Acogida y Tratamiento para Adolescentes
Tercer Nivel de Atención	2do nivel de complejidad	III-2	-Hospital especializado	Hospital especializado en salud mental que prestan servicios de tratamiento a personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas (HESM)

Fuente: Acuerdo Ministerial No. 80 (Ministerio de Salud Pública, 2016).

Para efectos de este estudio se enfocará el análisis en los centros especializados para el tratamiento a personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas (CETAD) debido a que los centros especializados y casas de acogida encargados de dar atención a los jóvenes forman parte de esta categoría.

Los CETAD son establecimientos de salud público o privado, con personería jurídica y legalmente registrado que, presta servicios especializados destinados al diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, reducción de daños, inclusión e integración social a personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas. Según el cuadro anterior corresponden a la tipología de Centro Especializado categorizado en el tercer nivel de atención según lo estipulado en el Acuerdo Ministerial 1203.

Los CETAD prestan sus servicios en la modalidad de atención integral residencial. Estos centros especializados cuentan con profesionales como trabajador social, psicólogo clínico, licenciado en enfermería, médico general (itinerante), médico especialista en psiquiatría (itinerante), nutricionista y terapeuta ocupacional.

Los ESTAD que brinden servicio de atención residencial deberán contar con infraestructura, talento humano y equipamiento adecuado diferenciado para el tratamiento de adultos, niños y adolescentes. Las instalaciones pueden estar ubicadas en un mismo inmueble, sin embargo cada grupo etario (adultos, adultas), (niños y adolescentes hombres), (niñas y adolescentes mujeres) debe tener independencia y privacidad entre ellos, así como medidas de seguridad estrictas que garanticen la integridad de los pacientes con consumo problemático de alcohol y otras drogas (Ministerio de Salud Pública, 2016).

Modalidad de atención

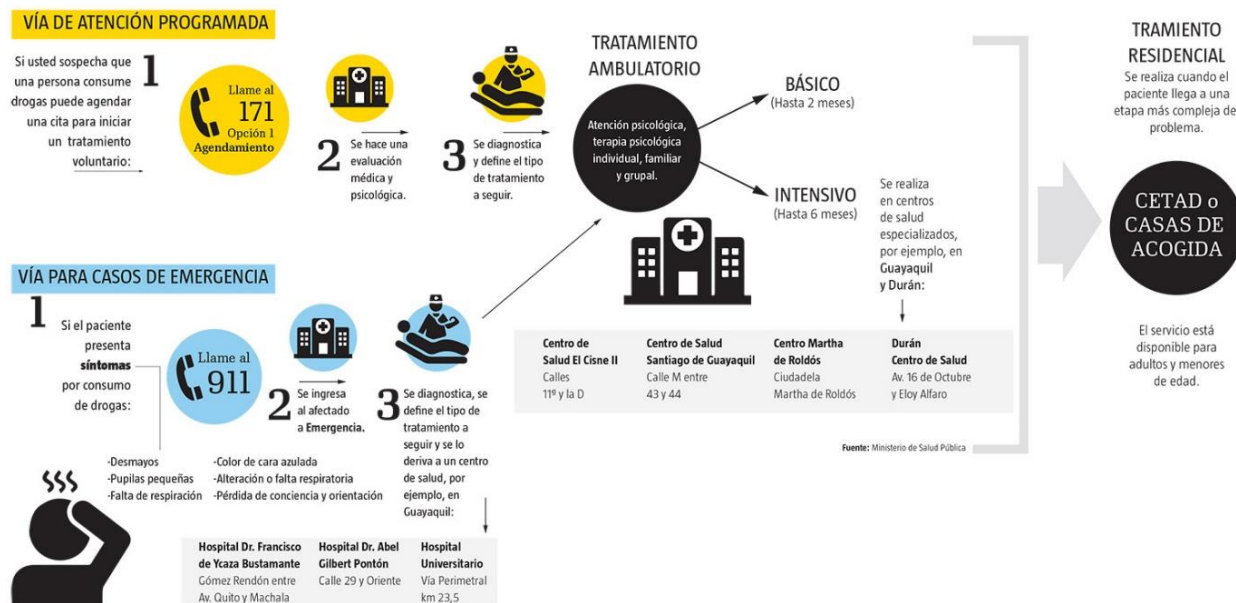
Antes de ingresar al CETAD el MSP dispone que el paciente pase por una ruta de atención integral que determinará el nivel de atención y tratamiento a seguir. Las dos vías de acceso son: 1) vía de atención programada donde mediante una llamada telefónica se agenda una cita para evaluación médica y psicológica y se diagnostica el tipo de atención a seguir; 2) vía casos de emergencia donde se lleva al paciente a la sala de emergencia por síntomas de consumo de drogas para recibir atención inmediata y luego definen tratamiento a seguir derivándolo a un centro de salud.

En ambos casos reciben tratamiento ambulatorio el cual consiste en atención psicológica, terapia psicológica individual, familiar y grupal. El tipo de terapia puede realizarse en base a un tratamiento básico que dura hasta 2 meses o un tratamiento intensivo que dura hasta 6 meses. Luego de estas intervenciones si la situación se torna compleja para el paciente entonces el equipo técnico del centro de salud, previa valoración, son los encargados de diagnosticar un tratamiento residencial el cual es derivado a un CETAD o casa de acogida según la edad del

paciente. En la siguiente figura se muestra de manera gráfica los pasos mencionados e información adicional de los centros y teléfonos de contacto para acceder a la atención.

Figura 7. Ruta de atención integral para personas con uso y consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.

Ruta de atención integral para personas con uso y consumo de alcohol, tabaco y otras drogas



Fuente: Ministerio de Salud Pública.

Todo ingreso a un centro de recuperación tanto público como privado debe ser precedido por una entrevista de admisión al paciente. La entrevista debe ser realizada por un equipo de profesionales del centro de rehabilitación, con la finalidad de determinar al menos la voluntariedad de la persona de ingresar al programa, la estrategia terapéutica sugerida y la pertinencia o no del internamiento.

La decisión de internación a un centro de rehabilitación residencial pasa por un análisis riguroso de diagnóstico debido a que, según el protocolo, la internación se da si el paciente luego de haber pasado por un tratamiento ambulatorio o tratamiento ambulatorio intensivo, se observa que éste no ha alcanzado los objetivos del programa terapéutico. En el caso de los jóvenes, según lo establece la normativa “Si el adolescente con un diagnóstico de uso nocivo y/o dependencia presenta un consumo de riesgo alto, una enfermedad mental severa asociada, un compromiso biopsicosocial severo y/o una familia multi problemática, el equipo de salud

general lo referirá a un equipo de salud mental con el objeto de complementar el diagnóstico y definir la factibilidad de referirlo a un tratamiento en modalidad residencial para este grupo etario”.

Por lo anterior, los encargados de entregar el diagnóstico, además de considerar la entrevista inicial del adolescente, deben indagar sobre información relacionada al entorno social y familiar del joven, así como fuentes alternas necesarias.

Según lo dispuesto por el (Ministerio de Salud Pública, 2016), la documentación necesaria para internar a un menor a un CETAD son:

- Orden judicial que disponga el acogimiento institucional de un menor a un ESTAD y que cuente con permiso de funcionamiento vigente.
- Informe de evaluación psiquiátrica o, médica y psicológica que avale la necesidad de internación con sello y firma de los profesionales de la salud responsables de dichos informes.
- Programa terapéutico del CETAD que recibe al menor.
- Consentimiento informado vigente suscrito por el representante legal del niño, niña o adolescente.

El programa terapéutico constituye el elemento principal que dispone el CETAD puesto que allí se describe el tipo de tratamiento y seguimiento que se le dará al paciente. A continuación, se detalla la siguiente información:

- Descripción del enfoque o modelo terapéutico.
- Tipos de terapias con objetivos, justificativos, actividades, recursos y responsables.
- Terapias de apoyo (ocupacional, educativa, recreacional, vivencial, entre otras), con objetivos, justificativos, actividades, recursos y responsables.
- Se deberá describir las fases del programa terapéutico, estableciendo tiempos aproximados, objetivos, actividades y responsables.

Adicional a lo anterior, los CETAD deben presentar para su funcionamiento un conjunto de documentos tales como reglamento interno, organigrama, historias clínicas de cada paciente, protocolos de seguridad interna encaminadas a proteger la integridad física de cada paciente, programa terapéutico y certificado de capacitación que otorga la Autoridad Sanitaria Nacional al equipo técnico y de apoyo del centro de rehabilitación.

El Ministerio de Salud Pública mediante Acuerdo Ministerial No. 80 expide la normativa sanitaria para el control y vigilancia de los establecimientos de salud que prestan servicios de tratamiento a personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas (ESTAD) donde establece las condiciones a cumplir por el establecimiento, personal, tratamiento y derechos de los pacientes. Además, se especifican las acciones a seguir para el control y vigilancia de los centros.

Protocolo de intervención terapéutica

Las etapas de intervención de los CETAD incluyen dos etapas: 1) atención integral residencial y 2) la etapa ambulatoria de seguimiento. En la primera etapa se parte con la fase de desintoxicación, enfocado en pacientes con cuadros moderados de intoxicación o de síndrome de abstinencia y cuyas complicaciones potenciales pudieran ser atendidas por un equipo técnico adecuadamente entrenado. La segunda fase comprende el proceso de evaluación integral, donde se analizan factores físicos, psicológicos, socio-familiares y económicos con el fin de determinar un tratamiento pertinente y adaptado a las necesidades del paciente. La tercera fase incluye la integración del paciente a la comunidad mediante un proceso de adaptación, motivación e inicio de proceso terapéutico. La cuarta fase, tiene como objetivo empoderar al participante en su proceso terapéutico de cambio, considerando sus características bio-psico-sociales (Ministerio de Salud Pública, 2015).

Los programas terapéuticos de los centros privados siguen tratamientos similares a los establecidos por el MSP, partiendo con la primera etapa de desintoxicación de las sustancias consumidas o fase de deshabitación de la sustancia psicoactiva la cual está acompañada de evaluaciones médicas, psicológicas, espirituales, de comunicación y entendimiento con su terapeuta o profesional y con el modelo de trabajo. La segunda fase comprende la fase de normativas y modificación de conductas la cual prepara al paciente para su adaptación socio-familiar y la tercera fase en que se monitorea al paciente para evitar recaídas¹⁰. Otro tipo de terapias son las aplicadas en Alcohólicos Anónimos (AA) y 12 pasos.

¹⁰ Los centros consultados son “Centro de recuperación Nueva Luz” <http://www.centronuevaluz.com/tratamiento.html> y “CETAD 12 pasos” (<http://www.clinica12pasos.com/drogadiccion-y-alcoholismo-en-jovenes.html>)

La internación en los centros especializados en modalidad residencial no debe exceder los 6 meses consecutivos, luego se debe llevar a cabo el proceso de inclusión familiar e integración social respectivo.

En la segunda etapa ambulatorio de seguimiento el paciente retorna al contexto social. Para esta etapa el Ministerio de Salud Pública y el Ministerio de Inclusión Social (MIES) realizaron un acuerdo interinstitucional para apoyar la reinserción del paciente y el seguimiento terapéutico recibido. Por su parte, el MIES proporciona las figuras de Trabajo Social, Terapeuta Ocupacional y Operador Terapéutico. Según las competencias del MIES estos apoyan en el proceso de reinserción educativa, capacitación profesional, inclusión laboral y sobre todo en la inclusión socio familiar y formación de la red social de apoyo.

Número de centros disponibles

El número de centros de rehabilitación disponibles en la ciudad de Guayaquil es escasa. Según el último listado oficial publicado por el Ministerio de Salud Pública en septiembre de 2017 se registraron, a nivel nacional, 83 centros especializados (CETAD) con permisos vigentes. En la ciudad de Guayaquil constan 17 centros (20%) de los cuales tres están enfocados en jóvenes tales como la “Casa de Acogida Libertadores” y “Casa de Acogida Juan Elías” del MSP y un centro privado llamado “Centro de rehabilitación de menores”. Adicional, a las dos Casas de Acogida para adolescentes ubicadas en Guayaquil, también se cuenta con una en Quito y otra en Otavalo. En el siguiente cuadro se muestra un resumen con el número de centros públicos y privados vigentes en Guayaquil y las plazas disponibles promedio en los centros.

Cuadro 3. Numero de CETAD Públicos y Privados en Guayaquil

	Público	Privado
Total CETAD nacional (septiembre 2017)	83	
Total CETAD Guayaquil	17	
Jóvenes	2	1
Adultos	1	13
Número de camas promedio Jóvenes	30	17
Número de camas promedio Adultos	30	22

Fuente: elaboración propia en base al listado de establecimientos del (ACCESS, 2017)

Las casas de acogida para adolescentes en Guayaquil atienden a jóvenes entre 12 a 17 años, 9 meses. Cada casa de acogida tiene capacidad para 30 personas y el centro privado para 17 personas. Respecto a los adultos, se reportan 14 centros con permisos vigentes de los cuales uno pertenece al MSP (ACCESS, 2017).

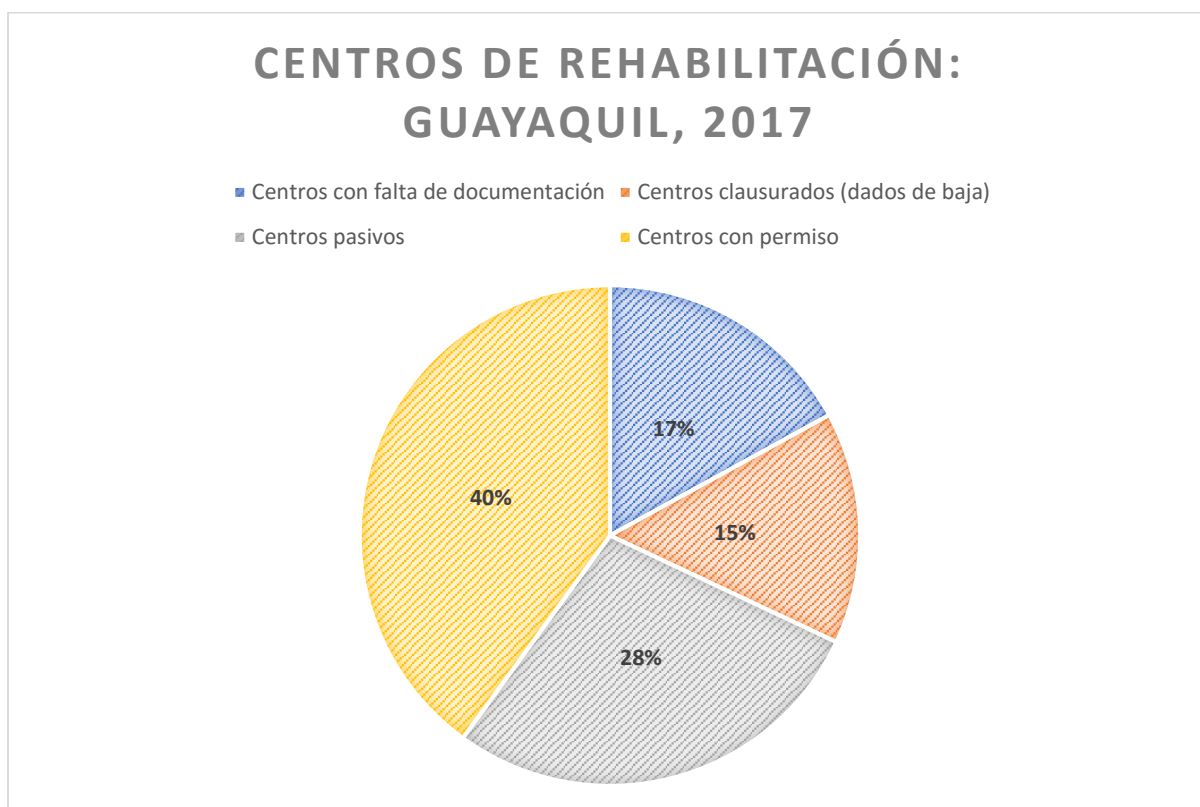
A nivel nacional se registran 4 CETAD para adultos con consumo problemático en la modalidad residencial tales como Quito, Guayaquil, Esmeraldas, Portoviejo, Puyo.

Es notable la mayor oferta de centros de rehabilitación privados legales en relación a la estatal. Inclusive, como es reportado a través de los distintos medios de comunicación la oferta de centros clandestinos supera los centros legales. En el 2013, se registraron cerca de 300 centros clandestinos de los cuales 198 fueron clausurados por la autoridad competente (Ministerio de Salud Pública, 2017), (Diario La Hora, 2013).

CIFRAS DE CENTROS CLANDESTINOS, CLAUSURADOS POR ACCESS

De acuerdo a las estadísticas del ACCESS en el año 2017 correspondientes a la provincia del Guayas existen alrededor de 116 centros de rehabilitación clasificándose en: 32 centros pasivos, 17 centros clausurados, 47 centros con documentación en regla, y 20 centros con falta de documentación. A continuación, se presenta el grafico correspondiente a dicho universo de centros en la provincia del Guayas.

Figura 8: Centros de rehabilitación en Guayaquil, 2017



Fuente: SETED, 2017. Elaboración propia

En julio de 2017, la Ministra de Salud, Verónica Espinosa mencionó en una entrevista (El Universo, 2017) que de los más de 270.000 ecuatorianos que calculan tendrían problemas de consumo de drogas, entre 10.000 y 12.000 requieren de estos centros residenciales. A nivel nacional hay 10 centros estatales de este tipo (internamiento), con capacidad para 470 personas. A estos se suman 98 centros de rehabilitación particulares, con los que se llegaría a 5.000 plazas.

Es necesario el incremento en centros de rehabilitación que cuenten con las normativas establecidas y que se informe a la ciudadanía sobre listados actualizados de centros

especializados con permisos de funcionamiento. Según la normativa, se dispuso al MSP publicar en su sitio web la nómina de establecimientos vigentes con actualización semestral, pero al parecer esto no se cumple a cabalidad. El listado mencionado en el cuadro anterior se descargó del sitio web del MSP en junio de 2018 y el nombre del archivo tiene fecha septiembre de 2017, lo cual indica que hasta la fecha de descarga no se cuenta con información actualizada como lo indica la norma. Las instituciones encargadas corresponden a la Dirección Nacional de Control Sanitario y a la Dirección Nacional de Comunicación, Imagen y Prensa del MSP (Ministerio de Salud Pública, 2016).

Costos de centros de rehabilitación

El costo del fenómeno de drogas en Ecuador es de USD 214.029.337,75 para el año 2015, lo cual corresponde a USD 13 per cápita, con una población total de 16.144.363 habitantes. La magnitud del problema representa un 0,2% del Producto Interno Bruto (PIB), considerando un PIB de USD 100.200 millones (SETED, 2017).

Según los datos de La Subsecretaría Nacional de Provisión de Servicios de Salud, mediante el estudio de Análisis de Costos de Centros Especializados de Tratamiento para Personas con Consumo Problemático de Alcohol y Otras Drogas (CETAD) realizado en 2015 (SETED, 2017), determinaron un costo promedio de USD 896,83 por tratamiento residencial en los centros privados. En el sector público, el costo se estimó en USD 508,20. En el siguiente cuadro se muestra el costo de tratamiento residencial por consumo de alcohol y otras drogas en 2015.

Cuadro 4. Costo de tratamiento residencial por consumo de alcohol y otras drogas en 2015

Sector	Centro	# personas en tratamiento	Costo total (USD)
Público	CETAD (Guayaquil)	97	295.772,40
Público	CETAD (Quito)	379	1.155.646,80
Privado	Centros de rehabilitación a nivel nacional	1.797	1.611.603,51
TOTAL			3.063.022,71

Elaboración: Dirección de Prospectiva y Evaluación de Políticas de Drogas - SETED

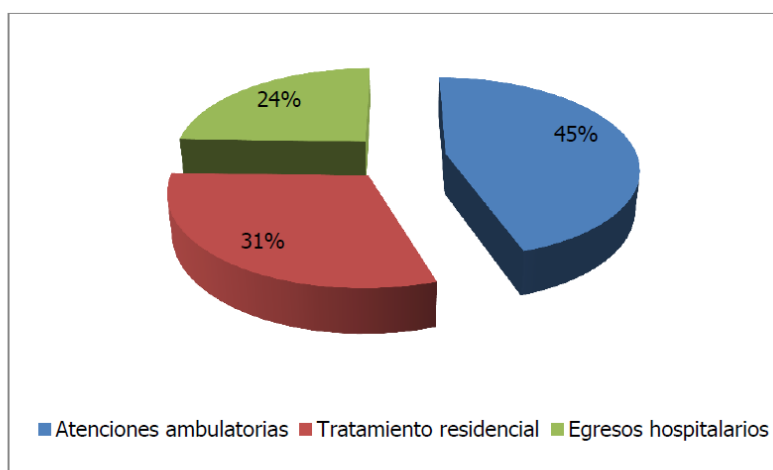
Fuente: Ministerio de Salud Pública, (SETED, 2017)

En el mercado, el costo del tratamiento residencial en centros privados va desde los USD 500 mensuales por persona.

El tratamiento médico por consumo problemático de alcohol y otras drogas se clasifica en tres niveles de atención: ambulatorio, ambulatorio intensivo y residencial. La cobertura del servicio es realizada por centros de tratamiento especializados del sector público y centros acreditados del sector privado.

En el siguiente gráfico se puede observar los costos asociados a las atenciones de salud. El 45% tienen que ver con las atenciones ambulatorias; el 31% con los costos derivados del tratamiento residencial; y el 24% con los costos por estadías hospitalarias debido al abuso en el consumo de sustancias psicoactivas (SETED, 2017).

Figura 9. Costos asociados a las atenciones de salud



Fuente y elaboración: Dirección de Prospectiva y Evaluación de Políticas de Drogas - SETED

3.1.2 Demanda de Centros de Rehabilitación.

La demanda de los centros de rehabilitación viene dada por las personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas y las familias motivadas y desesperadas por dar tratamiento a sus hijos adolescentes.

Según la Encuesta Nacional sobre Uso y Consumo de Drogas en Estudiantes de Noveno de Educación General Básica, Primero y Tercero de Bachillerato del 2016 (SETED, 2016), se revela que la edad promedio de inicio del consumo de drogas está entre 14 y 15 años de edad.

Además, resulta fácil para algunos estudiantes conseguir diferentes tipos de drogas, por ejemplo, el 21.28% del total de estudiantes encuestados consideró que es fácil conseguir marihuana, el 12.07% heroína o “H”, el 9.38% cocaína y el 6.12% pasta base de cocaína. En la misma encuesta, el 2,5% de estudiantes afirmaron haber consumido heroína en el último año (SETED, 2017).

Respecto a los estudiantes que reportaron la facilidad para conseguir la “H”, la mayor percepción de facilidad de acceso a heroína o “H” es expresada por el 23,36% de la población estudiantil del cantón Guayaquil. Cada vez más estudiantes que no consumen drogas se les ofrece esta sustancia, por ejemplo, en los últimos 30 días de la encuesta, se le ofreció al 2.82% de los estudiantes encuestados en Guayaquil, 3.57% en La Libertad y 4.06% en Santa Elena.

Estudios relacionados con el Índice de Concentración Territorial de Drogas, determinan que este fenómeno se centraliza en las zonas 8¹¹, 9¹² y 4¹³. En lo que se refiere al costo del fenómeno socio económico de las drogas en Ecuador, para el año 2015 fue de más de 214 millones de dólares, lo que representó el 0,22% del PIB. Por último, el 13,42% del total de fallecimientos a escala nacional están relacionados al consumo de drogas (SETED, 2017).

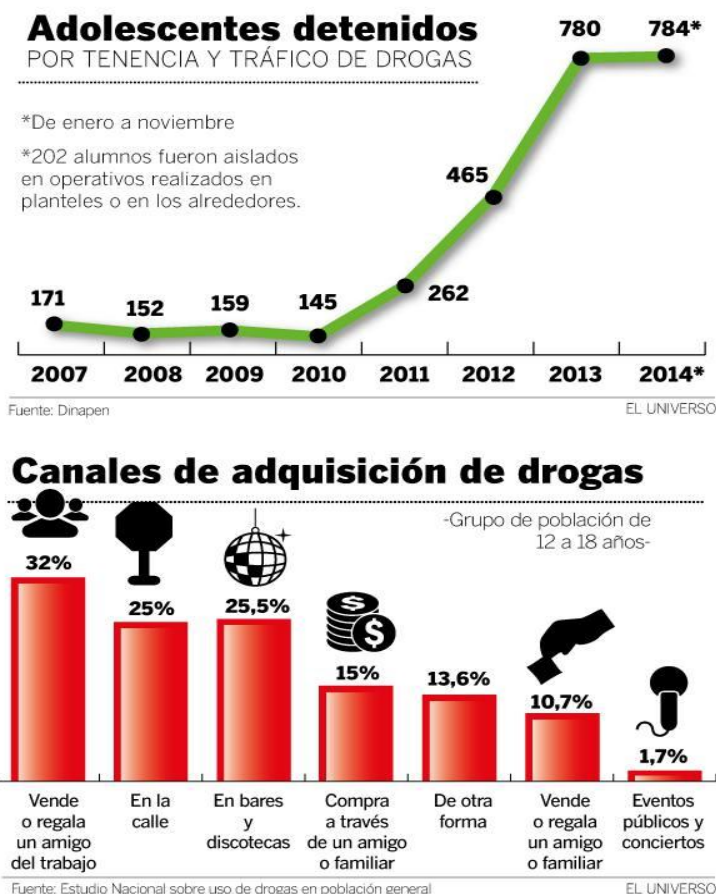
Según el Estudio Nacional sobre Uso de Drogas existen algunos canales de adquisición de drogas conocidos por personas entre 12 y 18 años. El 32% de los encuestados piensa que los venden o regala un amigo del trabajo, el 25% lo obtiene en la calle y 25.5% en bares y discotecas, etc. La problemática del consumo de drogas ha generado, además, un incremento en las detenciones de adolescentes por tenencia y tráfico de drogas. En el 2011 se detuvieron 262 adolescentes y en el 2014 esta cifra alcanzó las 784 detenciones, según cifras reportadas por la DINAPEN. En la siguiente figura se muestra la infografía elaborada por diario El Universo con estos datos.

¹¹ Zona 8: Guayaquil, Durán y Samborondón.

¹² Zona 9: Distrito Metropolitano de Quito.

¹³ Zona 4: Manabí y Santo Domingo de Los Tsáchilas.

Figura 10. Adolescentes detenidos y Canales de Adquisición de Drogas



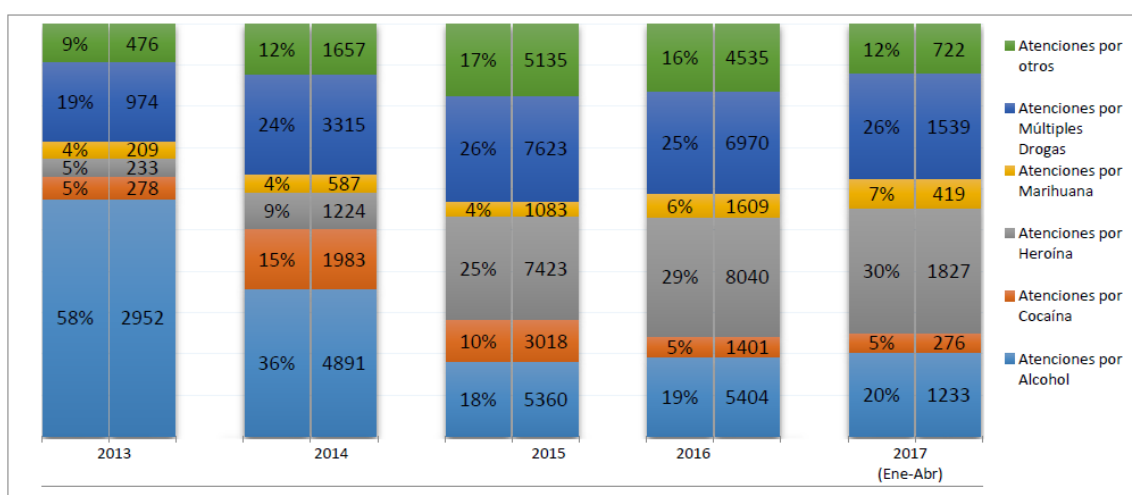
Fuente: (El Universo, 2014)

La ‘H’ (hache), durante los últimos años, se ha vuelto una de las sustancias inhalables más peligrosas y nocivas consumidas por los adolescentes ecuatorianos. La sustancia ilegal está compuesta por una parte de heroína mezclada con otros compuestos químicos como cafeína, diltiazem, tolicaína, aminopirina, noxiptilina, dietilftalato y carbonato de calcio que resultan altamente perjudiciales para quienes lo adhieren a su organismo (El Telégrafo, 2017).

Según datos del Sistema Integrado de Información sobre Drogas de Ecuador (SIDE), del total de incautaciones de heroína o “H” a nivel nacional en 2015, 70,76% se incautó en Guayaquil. En el año 2016, esta cifra (heroína incautada en Guayaquil) representó el 63,19% del total nacional (SETED, 2018).

El incremento en el consumo de drogas ha provocado una disminución relativa en las atenciones médicas recibidas por causa del alcohol y se han enfocado en causas relacionadas a la familia de los opiáceos donde se encuentran drogas como la heroína (Subsecretaría Técnica de Análisis, Prospectiva y Evaluación, 2016). En la siguiente figura se puede observar el número y composición de atenciones ambulatorias relacionadas con drogas donde se destaca el incremento de atenciones por droga, principalmente por causas relacionadas a heroína.

Figura 11. Número y composición de atenciones ambulatorias curativas relacionadas con drogas.



Fuente: (Subsecretaría Técnica de Análisis, Prospectiva y Evaluación, 2016)

Ante este panorama las familias buscan opciones de rehabilitación para sus hijos enfrentándose a un mercado con poca oferta de centros de recuperación los cuales en muchos casos no brindan atención integral de calidad a sus hijos.

La demanda de las familias por este tipo de servicios es poco informada y se hace bajo una situación de desesperación que los lleva a recurrir a entidades privadas que prometen tener la 'cura' para el padecimiento de los usuarios de drogas, siempre a cambio de altos costos que no siempre están vinculados con la exitosa sanación de los internados. El costo promedio de los centros privados de rehabilitación es de USD 500 y va en aumento de acuerdo al nivel socioeconómico del paciente.

En los centros clandestinos se ha evidenciado falta de regulaciones, abusos físicos y psicológicos, terapias transgresoras y procesos inadecuados, entre otras irregularidades que la Policía Nacional ha revelado en varios operativos realizados a estos establecimientos, en donde ya en repetidas ocasiones se han registrado muertes de jóvenes pacientes.

Por otra parte, enfocándonos en los elementos causales del consumo de drogas, las encuestas indican que las familias constituyen el eje principal para la incidencia del adolescente en el mundo de las drogas. Los consumidores parecen provenir de familias con menor conexión entre sus integrantes y menor apego hacia el joven. La encuesta nacional sobre uso y consumo de drogas indica que la prevalencia anual de consumo de drogas ilícitas en los estudiantes que viven en una familia tradicional fue del 11,07% mientras que esta prevalencia se incrementa al 14,00% en los estudiantes que viven en una familia no tradicional. Otro dato adicional, es que la prevalencia anual de consumo de drogas ilícitas en los estudiantes que afirmaron que sus padres siempre saben dónde están fue del 8,85% mientras que esta prevalencia se incrementa al 34,11% en los estudiantes que afirmaron que sus padres nunca o casi nunca saben dónde están (SETED, 2016).

3.1.3 Institucionalidad.

La entidad encargada de velar por la prevención, fiscalización y control del consumo de drogas es el *Comité Interinstitucional de Prevención Integral del Fenómeno Socio Económico de las Drogas y de Regulación y Control del Uso de Sustancias Catalogadas Sujetas a Fiscalización* cuya secretaría está al mando del Ministerio de Salud Pública, según Decreto No. 376, firmado por el presidente de la república, Lenin Moreno el 23 de abril de 2018 (Presidencia de la República, 2018).

El Ministerio de Salud está a cargo de dirigir las tareas de coordinación, gestión, investigación, seguimiento y evaluación de las políticas públicas y planes formulados por el Comité Interinstitucional. Así también, según el artículo 3 de la normativa, se encarga al Ministerio del Interior el control de sustancias sujetas a fiscalización; la denuncia ante la Fiscalía; el recibimiento de sustancias previo a una orden judicial o de autoridad competente o intervención en su destrucción, entre otros. Esto va en concordancia con lo dispuesto en la Ley Orgánica de Prevención Integral del Fenómeno Socio Económico de las Drogas y de la Regulación y

Control del Uso de Sustancias Catalogadas sujetas a Fiscalización creado en 2015 (Diario El Comercio, 2018).

El Comité Interinstitucional de Prevención de Drogas, reemplaza la *Secretaría Técnica de Prevención Integral de Drogas* (SETED) creada en octubre de 2015. La SETED a su vez adaptó competencias de lo que fue el Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas (CONSEP). Según la normativa, el Comité debe asegurar la continuidad de los servicios que brindaba SETED durante el proceso de transición.

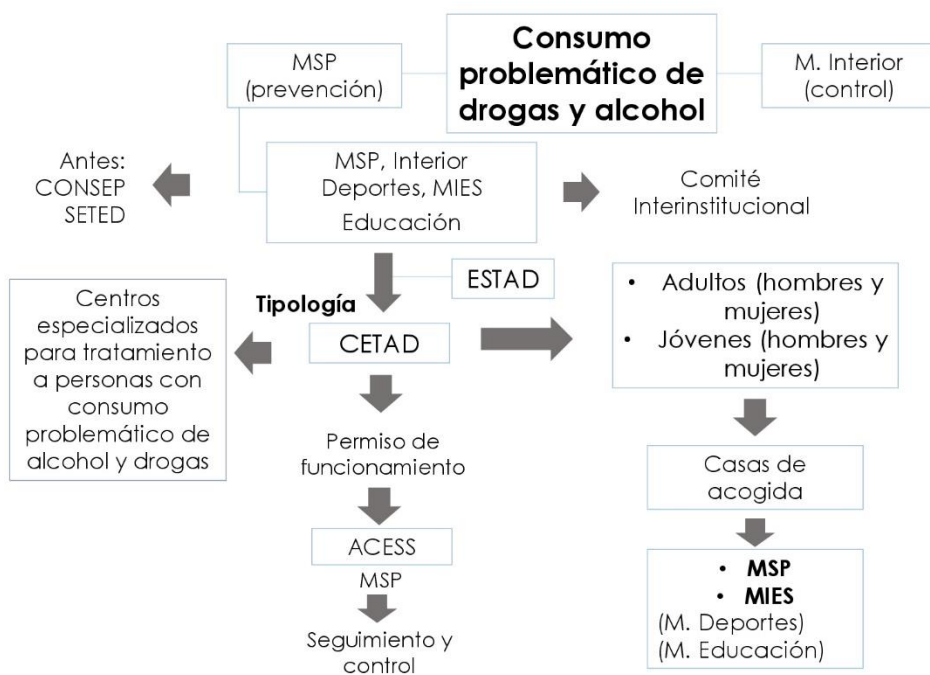
El Comité está presidido por el Ministro de Salud de turno, como delegado del primer mandatario de la República, y conformado por los delegados de los Ministerios de Justicia, Educación, del Interior, Inclusión Económica y Social y del Deporte. Durante la transición también participan del comité las carteras de Finanzas, Trabajo y la SENPLADES para culminar con las acciones legales y administrativas necesarias a fin de asegurar la correcta aplicación de su nueva estructura y modelo de gestión (Ministerio de Salud Pública, 2018). En el anexo 1 se presenta un glosario de las instituciones mencionadas con las principales funciones que desempeñan.

El Comité Interinstitucional también incluye la participación de otras dependencias del estado entre las que se destacan los Gobiernos Autónomos Descentralizados del Ecuador (GADS), para su colaboración en la prevención del uso y consumo de drogas, a través de la cual, se regula el consumo de sustancias en espacios públicos.

La Agencia de Aseguramiento de la calidad de los servicios de salud y medicina prepagada (ACCESS) es el organismo adscrito al ministerio de salud y encargado de ejercer la regulación técnica, control técnico y vigilancia sanitaria de la calidad de los servicios de salud públicos, privados y comunitarios, con o sin fines de lucro, de las empresas de salud y medicina prepagada y del personal de salud (ACCESS, 2016).

En la siguiente figura se resume la institucionalidad detrás de las entidades encargadas de velar por el consumo problemático de las drogas.

Figura 12. Institucionalidad de los centros de rehabilitación



Fuente: Elaboración propia en base a datos del MSP

En la siguiente figura se muestra la participación de las carteras ministeriales en las diferentes etapas de la problemática del consumo de drogas.

Figura 13. Comité Interinstitucional



Fuente: CETED, elaboración de autor

Desde el 2008 se realizaron importantes modificaciones a la ley en atención al problema de las drogas. Según el artículo 364 de las Constitución de la República, establece que las adicciones son un problema de salud pública y por tanto no debe ser criminalizado ni vulnerarse los derechos de quienes consuman. En este sentido, se encargó al Ministerio de Salud Pública desarrollar programas coordinados de información, prevención y control del consumo de alcohol, tabaco y sustancias estupefacientes y psicotrópicas, así como ofrecer tratamiento y rehabilitación a los consumidores ocasionales, habituales y problemáticos (Ministerio de Salud Pública, 2016).

Respecto al último tema sobre el tratamiento y rehabilitación, el MSP en el año 2010 expidió el primer Reglamento para la Regulación de los Centros de Recuperación para Tratamiento a Personas con Adicciones o Dependencias a Sustancias Psicoactivas, y luego en 2016 se derogó este reglamento y se expidió la “Normativa sanitaria para el control y vigilancia de los establecimientos de salud que prestan servicios de tratamiento a personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas (ESTAD)”.

Adicional a lo anterior se reconoció a la salud mental como un eje trascendental de la salud de la población, y se expidió el Plan Estratégico Nacional de Salud Mental 2014-2017, así como el Modelo de Atención en Salud Mental para el mismo periodo.

Los ESTAD son diferenciados según la tipología establecida por el MSP, donde se cataloga a los centros especializados para el tratamiento a personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas (CETAD) como los encargados de dar tratamiento residencial al paciente. Los CETAD son instituciones públicas y privadas. Estas últimas cuentan con una Asociación de Centros de Recuperación de Adicciones del Guayas (Acrapg) y Asociación de Propietarios de Centros de Tratamiento de Adicciones del Ecuador (Aptae) encargadas de representar sus centros ante la autoridad nacional.

3.2 Protocolo para la Investigación Cualitativa.

El objetivo general de la tesis es establecer lineamientos que permitan mejorar la efectividad del sistema de centros de rehabilitación, para tratar la adicción al consumo de la droga H en adolescentes guayaquileños. La investigación cualitativa cobra especial relevancia para establecer estos lineamientos porque nos permite comprender el proceso de toma de decisiones de los distintos personajes involucrados en esta problemática. Poniendo como eje central los adolescentes y sus familias quienes son los más perjudicados y sobre los cuales se centra la investigación para sugerir políticas públicas óptimas.

El estudio está enfocado en la ciudad de Guayaquil y su zona de influencia porque es donde más se ha concentrado el consumo de la droga H en adolescentes.

Para el desarrollo de esta investigación se llevó a cabo el levantamiento de encuestas en profundidad y grupos focales. Las entrevistas en profundidad se realizaron cara a cara y otras mediante vía telefónica porque fue la única instancia en la que se pudo acceder a los entrevistados. El tiempo promedio de las entrevistas fue de 30 minutos.

Con base en el análisis del mapeo de actores se identificó los grupos a entrevistar, los cuales se describen a continuación según el tipo de instrumento:

Grupos focales

Se realizó 2 grupos focales con jóvenes de entre 14 y 16 años, (no necesariamente) consumidores. Uno en un colegio público del sur de Guayaquil y otro en Durán.

Entrevistas en profundidad

Se realizaron entrevistas en profundidad a 3 madres de drogodependientes en rehabilitación, 3 autoridades del sector público, 2 doctores o psicólogos que laboran en esta área y 2 propietarios de clínicas privadas de rehabilitación.

La selección de estos personajes tomó como referencia los estudios de (Comunidad Andina, DROSICAN, 2010) y (Currie & Consultants, 2001) donde llevaron a cabo un estudio cualitativo sobre consumo de drogas sintéticas en grupos de riesgo y sobre las prácticas óptimas de tratamiento y rehabilitación de la juventud, respectivamente. Ambos estudios llevaron a cabo entrevistas en profundidad y grupos focales y entrevistaron a personajes similares a los elegidos en este estudio. Así mismo, se tomó como referencia, la estrategia de selección de entrevistados, protocolos de entrevistas y análisis de la información recopilada.

Para acceder a los jóvenes y padres se pensó en zonas de mayor probabilidad de presencia de consumidores y en recomendaciones producidas en entrevistas con expertos. Se accedió a los jóvenes y padres con el apoyo de informantes clave y se utilizó la técnica de *bola de nieve* la cual consiste en que una persona permita identificar o reclutar a otros (Comunidad Andina, DROSICAN, 2010).

El contacto con las autoridades de gobierno y directores de los centros de rehabilitación privado se realizó con el apoyo de contactos claves en las distintas dependencias. Gran parte de las entrevistas se realizaron en sus respectivas oficinas o mediante vía telefónica.

Una vez que se concertaron las citas y pudimos conversar in situ con los distintos actores, el protocolo indica que se debe partir agradeciendo a los participantes por su disposición a conversar sobre esta temática y luego explicarles sobre el objetivo de la entrevista, remarcando el propósito de la investigación y la importancia de sus aportes al estudio.

Adicionalmente, estas entrevistas suelen ser grabadas porque facilitan el análisis posterior de las opiniones vertidas en la discusión. Sin embargo, esto no pudo realizarse por pedido de los participantes que nos pidieron privacidad y confidencialidad.

Temas abordados en las entrevistas

La opinión de las familias constituye una importante fuente de información para este estudio, pues interesa conocer cuál es la reacción y toma de decisiones de los familiares que los motivan u obligan a ingresarlos a un centro de salud o someterlos a terapias o cuidados paliativos para afrontar esta adicción.

Situación similar se aplicó a personas que han trabajado en centros de rehabilitación para que nos cuenten el funcionamiento del centro, cómo ellos también actúan ante la ley para cumplir las normas establecidas de la Autoridad Sanitaria y cómo captan los clientes. Si identifican que el tratamiento no es eficaz, qué hacen al respecto para dar tratamiento al paciente.

De igual manera, pero de una forma no tan sigilosa, se entrevistaron a médicos y funcionarios de instituciones públicas que atienden estos casos y se indagó la opinión que tienen ellos respecto no sólo del trabajo que ellos hacen allí, del tipo de decisiones que se toman y de la falta de recursos que muchas veces existen y por lo cual ellos tienen que buscar mecanismos para solventar estas falencias, sino también sobre cómo ellos ven la actitud de los padres y jóvenes sobre el tratamiento y continuidad de las terapias que les sugieren.

En cuanto a los reguladores, particularmente del Ministerio de Salud también se conversó y se vio las dificultades que ellos tienen, la falta de recursos e incluso los riesgos que tienen al ir a estos lugares excepto cuando hay denuncias de maltratos.

Todos esos procesos y decisiones las exploramos con estas entrevistas las cuales se basaron en una guía que nos permitió ordenar nuestras ideas y diferenciar respecto de los distintos puntos de vista de los involucrados. En los Anexos 2 y 3 se presentan la guía de preguntas para cada grupo. Cabe recalcar que para este tipo de entrevistas no se realizaron preguntas directas o cerradas sino más bien nos basamos en temas o preguntas abiertas, las cuales se aplican dependiendo de cómo va fluyendo la conversación.

Basados en la metodología del HCD descrito en la sección de metodología, utilizamos la técnica de “contar historias” donde se plantearon historias leídas en los diarios sobre la reacción de familias cuando se dieron cuenta que sus hijos consumían y las medidas que tomaron. En ese caso, los padres entrevistados nos comentaron su propia versión de los hechos e inclusive los casos vistos en vecinos que pasaron por la misma situación.

3.3 Resultados.

Los resultados de este estudio se sustentan en datos obtenidos en los estudios nacionales y encuestas disponibles sobre consumo de drogas, además, se complementan con la investigación cualitativa llevada a cabo en terreno y la revisión de la literatura relacionada a prácticas óptimas sobre tratamiento y rehabilitación de la juventud con problemas de drogas.

Los datos que arroja la investigación cualitativa son diversos, debido a que se aplican preguntas abiertas y resulta complejo sintetizar toda la información. Siguiendo el estudio de (Currie & Consultants, 2001), las respuestas que se presentan están basados en el término “respuesta consensual” donde se considera las respuestas en las que coincidan con al menos 4 actores entrevistados. Se incluyen también respuestas de baja frecuencia pero que se consideren de gran importancia porque coinciden con lo reportado en la literatura o fuentes de opinión como diarios reconocidos del país.

En las siguientes secciones se presentan los resultados en función de algunas técnicas establecidas en la metodología.

3.3.1 Perfil de los entrevistados (Persona – Profile)

Las entrevistas con las familias y jóvenes con adicción a las drogas nos permitieron identificar que las opiniones varían o se agrupan de acuerdo a la estructura familiar del adolescente. Así como también los distintos enfoques de los demás actores del sistema los cuales influyen en la toma de decisiones. Esto es fundamental para evaluar si efectivamente las políticas actuales están enfocadas en los segmentos de mayor riesgo.

Con base en la metodología de identificación de “Persona – profile” se definieron distintos perfiles los cuales se basan en el análisis del mapeo de actores donde se identificó el rol directo e indirecto sobre el usuario núcleo, es decir, los jóvenes con consumo problemático de las drogas. Los usuarios que se caracterizan corresponden a las familias de los jóvenes; la Autoridad del MSP; Representante de la casa de acogida público; Representante del centro de recuperación privado vigente y Representante del centro de recuperación sin permiso vigente (clandestino).

Familias de adolescentes drogadictos

Se identificó cuatro tipos de familias en base a factores demográficos y geográficos. En el siguiente cuadro se muestra un resumen de la tipología de familias y a continuación la descripción de los perfiles de los jóvenes que consideramos son representativos de esta problemática.

Cuadro 5. Tipo de familias

JOVENES		
Familias Funcionales (Tradicionales)	Familias Disfuncionales (No tradicionales)	En situación de calle
Joven que vive con padre y madre.	Joven que vive sólo con el padre o sólo con la madre.	Joven que no tiene hogar donde vivir
Joven que vive con padre, madre y hermano (s)	Joven que vive con los abuelos, tíos u otro familiar.	

Fuente: elaboración propia

Persona 1:

El personaje ficticio se llama Kevin, tiene 16 años y vive en el sur de la ciudad de Guayaquil. Tiene una familia funcional, es decir, vive con su madre, padre y un hermano de 23 años. Este último también consume drogas y estuvo internado en un centro clandestino 2 veces. En la siguiente figura se aplica la ficha sugerida en la sección 2.2.5.

Figura 14. Perfil de la Persona 1

Usuario - Persona

HERRAMIENTA 5

<p>Perfil demográfico: edad, estado civil, familia, hijos, educación, ocupación, nacionalidad-etnia, enfermedad, situación de discapacidad</p> <p>16 años, soltero, vive con padre y madre, un hermano de 23 años. Su hermano consume drogas.</p>	<p>Dibuja aquí a tu persona</p> 	<p>Una cita que lo caracterice</p> <p>[Empty box for characterization]</p>
<p>Perfil geográfico: dónde vive, dónde trabaja/estudia, en qué visita</p> <p>Vive al sur de la ciudad de Guayaquil</p>	<p>Nombre:</p> <p>Kevin</p>	<p>Expectativas: ¿cuál es su experiencia ideal con el servicio?</p> <p>Recuperarse de la adicción en el centro que está acudiendo actualmente</p>
<p>Perfil tecnológico: usuario internet, dispositivos, aplicaciones, redes sociales, juegos, cable, prepago/plan, etc.</p>	<p>Perfil conductual: intereses, actividades, hobbies, personalidad, valores, creencias</p> <p>Le gusta jugar futbol</p>	

Fuente: elaboración propia en base a (Laboratorio de Gobierno. Chile, 2017)


Figura 15. Perfil de la Persona 2

Usuario - Persona HERRAMIENTA 5

Perfil demográfico: edad, estado civil, familia, hijos, educación, ocupación, nacionalidad-etnia, enfermedad, situación de discapacidad

De estrato social bajo, divorciada, 31 años, afroecuatoriana, dos hijos

Dibuja aquí a tu persona



Una cita que lo caracterice

Ya no sé qué hacer con mis hijos, a veces prefiero pasar mas tiempo fuera de casa, me maltratan y me golpean, creo que es la H

Perfil geográfico: dónde vive, dónde trabaja/estudia, en qué viaja

Trabaja como asistente del hogar en la ciudadela Ceibos, vive en Isla Trinitaria, no estudia

Perfil tecnológico: usuario internet, dispositivos, aplicaciones, redes sociales, juegos, cable, prepago/plan, etc.

Usa celular, de repente se conecta al Facebook para hablar con EL PADRE DE SUS HIJOS QUE VIVE EN España

Nombre:

Maria Teresa

Expectativas: ¿cuál es su experiencia ideal con el servicio?

Tener una salida para el problema que actualmente habita en su casa, tener paz, calma. Llevar una buena vecindad para su barrio y familia.

Perfil conductual: intereses, actividades, hobbies, personalidad, valores, creencias

Trabajar y proveer de alimentación y educación a sus hijos. Se dedica a corte y confeccion, los fines de semana sale con sus amigos a bares en donde se ha encontrado con sus hijos en estado de ebriedad. Creencia: "el que es vivo, subsiste"

Fuente: elaboración propia en base a (Laboratorio de Gobierno. Chile, 2017)

Instituciones Públicas

Cuadro 6. Tipo de instituciones públicas

Instituciones Públicas	
MSP	CETAD. Casa de Acogida
Autoridad del gobierno, principalmente del MSP	Directora del CETAD o Casa de Acogida

Fuente: elaboración propia

Autoridad del MSP


Persona 3:

El personaje ficticio se llama Carmen y tiene el cargo de coordinadora zonal. Tiene 3 años de experiencia en el cargo.

Figura 16. Perfil de la Persona 3

Usuario - Persona

HERRAMIENTA 5

<p>Perfil demográfico: edad, estado civil, familia, hijos, educación, ocupación, nacionalidad-etnia, enfermedad, situación de discapacidad.</p> <p>45 años, Psicóloga de U. Guayaquil, casada, servidora pública desde los 23 años, mestiza.</p>	<p>Dibuja aquí a tu persona</p> 	<p>Una cita que lo caracterice</p> <p>“la ley del mínimo esfuerzo”</p>
<p>Perfil geográfico: dónde vive, dónde trabaja/estudia, en qué viaja</p> <p>Vive en la Garzota, trabaja en el Gobierno Zonal, viaja en buseta todos los días para ir al trabajo, está por comprarse un carro</p>	<p>Nombre:</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>Expectativas: ¿cuál es su experiencia ideal con el servicio?</p> <p>Se encarga de la supervisión del servicio, no tiene idea del tratamiento de estupefacientes. Sin embargo, se encarga de hacer seguimiento constante a clínicas de rehabilitación. Suele ser amiga de los propietarios de las mismas, en algunos casos se ha visto influenciada por ellos a través de réditos económicos.</p>
<p>Perfil tecnológico: usuario internet, dispositivos, aplicaciones, redes sociales, juegos, cable, prepago/plan, etc.</p> <p>Usaria de internet, tiene celular</p>	<p>Perfil conductual: intereses, actividades, hobbies, personalidad, valores, creencias</p> <p>Viajar con su esposo constantemente, hacer plata, tener a sus hijos en buenos colegios</p>	

Fuente: elaboración propia en base a (Laboratorio de Gobierno. Chile, 2017)

Representante de la casa de acogida público


Persona 4:

El personaje ficticio se llama Mercedes y trabaja hace dos años como Directora del Centro de Acogida. Trabajó en otro centro de acogida como psicóloga.

Figura 17. Perfil de la Persona 4

Usuario - Persona

HERRAMIENTA 5

<p>Perfil demográfico: edad, estado civil, familia, hijos, educación, ocupación, nacionalidad-etnia, enfermedad, situación de discapacidad</p> <p>Psicóloga de la UCSG, maestrante en tratamiento de adicciones y salud mental. Casada, madre de 3 hijos, su esposo es médico.</p>	<p>Dibuja aquí a tu persona</p> 	<p>Una cita que lo caracterice</p> <p>“demos lo mejor de nosotros y aportemos al desarrollo de muchos”</p>
<p>Perfil geográfico: dónde vive, dónde trabaja/estudia, en qué viaja</p> <p>Vive en Puerto Azul, trabaja en el centro de la ciudad. En una casa de acogida, viaja en su vehículo.</p>	<p>Nombre:</p> <p>-----</p> <p>-----</p>	<p>Expectativas: ¿cuál es su experiencia ideal con el servicio?</p> <p>Ejercer un tratamiento efectivo que instaure en nuestros rehabilitados una oportunidad de reinserción a la sociedad, acompañado de oportunidades, retos y mucha alegría con su familia</p>
<p>Perfil tecnológico: usuario internet, dispositivos, aplicaciones, redes sociales, juegos, cable, prepago/plan, etc.</p> <p>Está relacionada con internet, dispositivos y redes sociales</p>	<p>Perfil conductual: intereses, actividades, hobbies, personalidad, valores, creencias</p> <p>Continuar con su formación académica y experiencia, trabajar en investigación para seguir atacando la problemática de drogas. Total creencia de que debemos trabajar en la colaboración y aporte hacia los demás, no como caridad pero si como un impulso hacia su mejora.</p>	

Fuente: elaboración propia en base a (Laboratorio de Gobierno. Chile, 2017)

Centros de rehabilitación privada**Cuadro 7. Centro de rehabilitación privada**

Centros de rehabilitación privados	
CETAD privado con permiso vigente de funcionamiento	CETAD privado (clandestino) que no cuenta con los permisos de funcionamiento

Fuente: elaboración propia

Representante del centro de recuperación vigente

Persona 5:

El personaje ficticio se llama Ernesto y dirige hace 8 años un centro de rehabilitación en el norte de la ciudad y cuenta con los permisos vigentes otorgados por la ACCESS.

Figura 18. Perfil de la Persona 5

Usuario - Persona

HERRAMIENTA 5

<p>Perfil demográfico: edad, estado civil, familia, hijos, educación, ocupación, nacionalidad-etnia, enfermedad, situación de discapacidad</p> <p>62 años, divorciado, 4 hijos, 3 matrimonio, 2 nietos. Argentino, tiene diabetes. Ex drogadicto.</p>	<p>Dibuja aquí a tu persona</p> 	<p>Una cita que lo caracterice</p> <p>“Yo sé que necesitan mi ayuda, yo sentí lo que ellos sienten”</p>
<p>Perfil geográfico: dónde vive, dónde trabaja/estudia, en qué viaja</p> <p>Vive en el centro de rehabilitación, ubicado en el Paraíso.</p>	<p>Nombre:</p> <p>-----</p> <p>-----</p>	<p>Expectativas: ¿cuál es su experiencia ideal con el servicio?</p> <p>Cuidarlos y aplicar tratamientos que en base a experiencia tengan resultados positivos similares a los que yo recibí.</p>
<p>Perfil tecnológico: usuario internet, dispositivos, aplicaciones, redes sociales, juegos, cable, prepago/plan, etc.</p> <p>No está muy familiarizado, se ha decidido por utilizar un Smartphone pero es muy torpe con las redes sociales</p>	<p>Perfil conductual: intereses, actividades, hobbies, personalidad, valores, creencias</p> <p>Generar ingresos a través del centro de rehabilitación para subsistir, pasar tiempo con sus nietos, hacerle parrillada los chicos en el centro</p>	

Fuente: elaboración propia en base a (Laboratorio de Gobierno. Chile, 2017)


Representante del centro de recuperación clandestino

Persona 6:

El personaje ficticio se llama Julio y es el encargado del centro de recuperación el cual no cuenta con permiso de funcionamiento de la Autoridad Sanitaria. Julio fue adicto a las drogas y ahora, dirige el centro con el apoyo de especialistas y personas recuperadas del problema de adicción a las drogas.

Figura 19. Perfil de la Persona 6

Usuario - Persona HERRAMIENTA 5

<p>Perfil demográfico: edad, estado civil, familia, hijos, educación, ocupación, nacionalidad-etnia, enfermedad, situación de discapacidad</p> <p>Ex drogadicto, trabajó tiempo atrás con el propietario de un centro de rehabilitación, soltero, no tiene familia, su hermana falleció en un accidente de tránsito meses atrás</p>	<p>Dibuja aquí a tu persona</p> 	<p>Una cita que lo caracterice</p> <p>“no hay mal que por bien no venga”</p>
<p>Perfil geográfico: dónde vive, dónde trabaja/estudia, en qué viaja</p> <p>Vive en el centro de rehabilitación, ubicado en el Fortín, se moviliza en bus, terminó el tercer año de colegio.</p>	<p>Nombre: _____</p>	<p>Expectativas: ¿cuál es su experiencia ideal con el servicio?</p> <p>Trabajar por la recuperación de sus hermanos, sin que la autoridad les caiga nuevamente, han tendido que pagar en repetidas ocasiones para que les dejen operar, pero resulta que es muy difícil cumplir con todos los requisitos</p>
<p>Perfil tecnológico: usuario internet, dispositivos, aplicaciones, redes sociales, juegos, cable, prepago/plan, etc.</p> <p>Utiliza su teléfono celular para ver pornografía y contactarse con sus amigos, usa mucho Facebook</p>	<p>Perfil conductual: intereses, actividades, hobbies, personalidad, valores, creencias</p> <p>Impulsivo, nervioso, ha estado muy cerca de ser reincidente en el problema de adicciones, pero acercarse e a Dios le ha ayudado.</p>	

Fuente: elaboración propia en base a (Laboratorio de Gobierno. Chile, 2017)

3.3.2 Journey mapping real

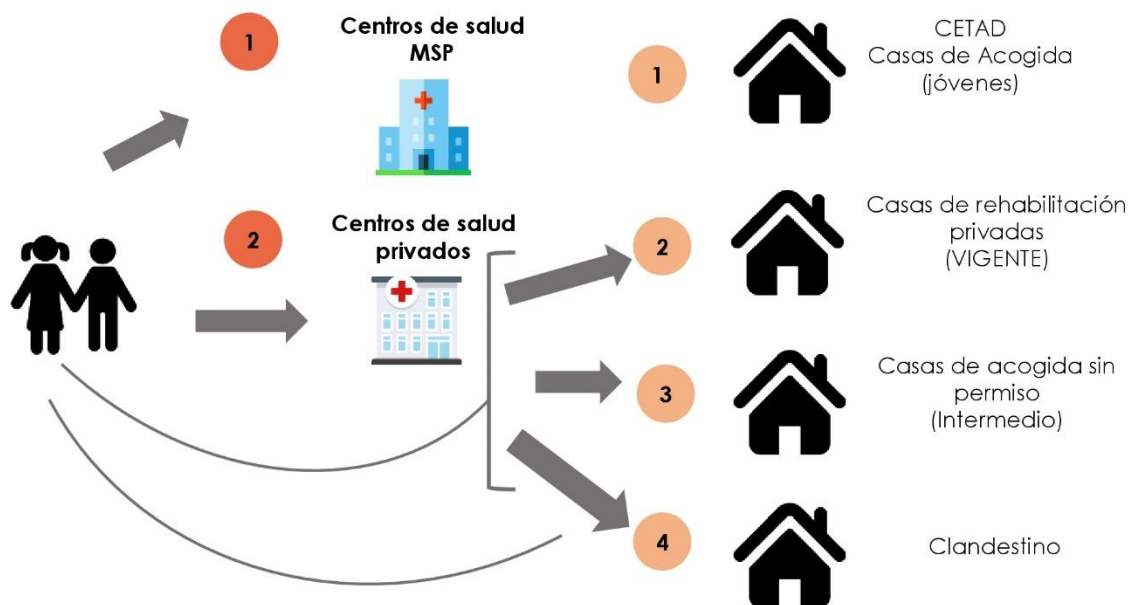
En la sección 3.1.2, de la demanda de centros de rehabilitación, se precisó sobre la ruta de atención integral que ofrece el MSP para las personas que padecen de adicción a las drogas y el alcohol. Sin embargo, en las entrevistas el panorama o el nivel de conocimiento que tienen las familias sobre estos servicios dista de los mencionados por el MSP. A continuación, se describe el proceso que enfrentan las familias una vez que detectan que sus hijos están inmersos en el consumo de las drogas.

Algunas familias notaron una actitud diferente en sus hijos (poco comunicativos y en algunas ocasiones agresivos) y con malas amistades, pero lo único que pudieron hacer fue conversar con ellos (y en algunos casos amenazaron con castigos) sobre los peligros de este accionar, pero poco fructíferos fueron los resultados.

En cambio, otras familias detectaron la adicción de sus hijos, cuando estos sufrían el síndrome de abstinencia, es decir, al momento de dejar de consumir el cuerpo presenta malestar físico como dolores de cabeza, náuseas, temblores y también malestar psicológico como nerviosismo e irritabilidad. Dependiendo de la sustancia los síntomas se presentan con mayor intensidad en los primeros días desde que deja de consumir, y por lo general requieren seguimiento médico y manejo farmacológico (Ministerio de Salud Pública, 2015).

Con base a lo anterior las familias se enfrentaron a diferentes opciones de acuerdo al nivel de información que disponían. En la siguiente figura se muestra el camino que transitan distintas familias ante esta situación.

Figura 20. Opciones de tratamiento que dispone la familia



Fuente: elaboración propia

En el caso 1, las familias acuden de inmediato al centro de salud más cercano del MSP. Luego los derivan al Centro de Salud encargado de atender casos de adicción y abren una carpeta o ficha clínica para proceder con la atención siempre y cuando el paciente, de manera voluntaria, accede al tratamiento. Dependiendo de la situación del paciente, proceden con la terapia de desintoxicación donde le ponen un suero con medicinas para tratar, entre otras cosas, el dolor producido por las drogas (síndrome de abstinencia). Luego, los evalúan y definen tratamiento a seguir, el cual consiste en un tratamiento ambulatorio para darles terapia de deshabitación donde, mediante citas programadas (por lo general tres veces a la semana), recibe atención psicológica, terapia psicológica individual, familiar y grupal.

El tiempo de esta terapia varía dependiendo de las condiciones del paciente. Algunas familias tardan cerca de un año o más porque entre terapias el paciente tiene recaídas y vuelven a consumir drogas. Cuando se identifica esta situación se reinicia el tratamiento ambulatorio hasta que llega un punto en que los especialistas evalúan si es necesario pasar a un tratamiento de rehabilitación residencial en una Casa de Acogida para el caso de jóvenes.

En el tratamiento residencial el paciente dispone de varios especialistas y al igual que el tratamiento ambulatorio, se procede a distintas terapias donde los padres deben ser partícipes. Al respecto los padres indicaron que se requiere estar atentos a las citas programadas por lo que muchas madres tuvieron que dejar de trabajar para dedicarse al cuidado de sus hijos.

En el caso 2, las familias acuden a clínicas o centros de salud privados para recibir terapia de desintoxicación directamente. Luego de esto, al ver que los hijos recaen nuevamente enfrentan una situación compleja de no saber qué hacer con ellos, en gran parte de los casos, no quieren recibir asistencia médica y psicológica. Por esta razón, acuden a centros de rehabilitación residencial privados donde saben que los recibirán aun cuando el joven no desee ingresar.

En el caso 3, las familias directamente llevan a sus hijos a un centro de rehabilitación residencial privado con o sin la voluntad del adolescente para que el centro se haga cargo de brindarle atención. Según algunas familias el costo de los centros es de \$500 mensuales y para ellos este valor corresponde al salario que reciben mes a mes resultando en ellos una situación difícil de solventar. Algunos tuvieron que cubrir este gasto mediante préstamos y venta de bienes muebles para financiar los 6 meses que se supone dura el tratamiento de rehabilitación.

En los casos 2 y 3 algunas familias se preocupan en indagar sobre el tipo de servicio y tratamiento que ofrece el centro y otras, en cambio se basan solamente en recomendaciones de amigos o cercanos, en el costo del centro o por la cercanía a su hogar.

Existen centros de atención que cuentan con los permisos de funcionamiento vigente porque cumplen con los requerimientos establecidos por la autoridad sanitaria tanto en términos de su infraestructura física como el número de especialistas requeridos por el MSP. En cambio, existen otros centros que carecen de estos permisos y de los cuales las familias expresaron diversas opiniones.

Una de ellas es que estos centros no permiten las visitas de los familiares en los primeros cuatro meses del “tratamiento” y deben incurrir en gastos adicionales solicitados por el centro. Los familiares desconocen sobre el trato y terapias que recibe el paciente, pero les queda la “esperanza” que estos centros están dando un trato adecuado. Aunque se reportaron casos de madres que tuvieron que sacar a sus hijos porque los encontraron enfermos y delgados, inclusive presenciaron casos de pacientes que padecían de tuberculosis y SIDA¹⁴.

La otra cara de estos centros que no cuentan con permisos de funcionamiento es que ofrecen un mejor servicio a sus pacientes, mantienen informado a los padres y les permiten una participación activa en las terapias. Sin embargo, no cumplen en su totalidad con los reglamentos del MSP porque aluden a que tendrían que aumentar su tarifa para financiar todos los médicos que establece la autoridad sanitaria.

3.3.3 Razones por que se ha proliferado el número de centros de rehabilitación clandestino

Las familias indican que no se dispone de suficientes centros de recuperación residencial públicos y/o el trámite y proceso son engorrosos. También aluden que el tratamiento debe ser voluntario y como los jóvenes están inmersos en la adicción les cuesta tomar decisiones coherentes. Les resulta difícil a ciertas familias estar “demasiado” pendientes de sus hijos y no pueden controlar donde están cuando ellos están trabajando.

Desde el punto de vista de las autoridades del MSP, las familias no se interesan en informarse sobre las opciones disponibles y acuden a la primera opción que se les presenta sin medir las repercusiones en el adolescente. Además, comentan que las principales causales para que los adolescentes caigan en esta situación de drogadicción son porque los padres resultan ser muy permisivos. Las familias juegan un rol fundamental en el desarrollo y crecimiento de los jóvenes y deben brindarles mayor apoyo y apego emocional.

¹⁴ Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida (SIDA).

Según los administradores y propietarios de los centros de rehabilitación privado no hay que juzgar a todos los centros por igual. Ellos están conscientes que existen centros clandestinos que se aprovechan de la ingenuidad y desesperación de los padres y realizan prácticas que atentan contra la integridad de sus pacientes. A ellos debe caer la fuerza de la ley y se deben incrementar el número de controles. Por su parte, ellos siempre están dispuestos a atender las inspecciones de la autoridad sanitaria.

Un punto importante que alegan estos últimos actores es que el número y tipo de especialistas que solicita el MSP está sobredimensionado en comparación a la real función que cumplen los centros privados pues su modelo de atención es distinto al ofrecido por los CETAD públicos. Los administradores indican que normalmente un centro cuenta con un médico, una enfermera, un psicólogo, un administrador y un contador mientras que el reglamento del MSP establece mayor número de especialistas, entre ellos más médicos para cubrir las 24 horas de atención en el centro, así como también otro tipo de especialistas pues según su criterio, un especialista puede cubrir las funciones de 2 o 3 especialistas requeridos por la autoridad como por ejemplo, nutricionista y químico farmacéutico.

4. Hallazgos.

Generales

- A nivel nacional, existe escasez de centros de rehabilitación residencial enfocados en adolescentes y más grave la situación para el caso de mujeres jóvenes.
- Como ha sido ampliamente estudiado y esperable, según lo analizado en el mapeo de actores y entrevistas realizadas se vislumbra lo crítico que es la familia en la determinación de la caída en el consumo de las drogas y en el tratamiento y rehabilitación de los mismos. No obstante, el problema es que hay distintos tipos de familias y de niños que ya no viven con sus familias o familias disfuncionales donde los padres están alejados y los niños se crían solos en las calles.
- Existen pocos canales de difusión sobre las opciones que ofrece el MSP para dar tratamiento y rehabilitación a los jóvenes adictos al alcohol y drogas.
- El éxito de una rehabilitación debe evaluarse tomando en consideración ámbitos de la calidad de vida de los pacientes, la reducción en el consumo y la percepción o valoración del joven sobre el tratamiento.

Tipos de familias y factores de riesgo

- Las políticas implementadas están concentradas fuertemente en la prevención del consumo de drogas y en menor magnitud al tratamiento y recuperación residencial de los adictos a las drogas.
- El tratamiento de la adicción que ofrece el MSP ya sea este ambulatorio y residencial se realiza bajo la premisa de que al adicto está dispuesto, de manera voluntaria, a someterse a los tratamientos disponibles.
- El MSP a través de su red de atención integral realiza sus mayores esfuerzos para que el tratamiento sea mediante el tratamiento ambulatorio donde el paciente puede acudir a citas programadas para realizar las distintas terapias individuales y grupales con la participación activa de sus familiares.
- Se parte del supuesto que el adicto tiene apoyo familiar en casa para que lo acompañen en el tratamiento ambulatorio mientras que las encuestas indican que justamente aquellos jóvenes que tienen mayor propensión a consumir o mayor prevalencia al consumo son quienes pertenecen a familias disfuncionales o aquellos cuyos padres se encuentran menos involucrados en la vida de los jóvenes.
- Lo anterior nos hace reflexionar sobre lo complejo que resulta rehabilitarse para aquellos jóvenes que no cuentan con el apoyo familiar o simplemente porque quienes pueden brindarle apoyo tienen la responsabilidad de generar ingresos para solventar la familia y no cuentan con el tiempo suficiente para asistir a terapias.
- En el mismo caso o en peores condiciones se encuentran los jóvenes en situación de calle los cuales únicamente acuden a tratamientos residenciales bajo la orden de un juez.

Asociaciones Público Privadas

- Poco se ha discutido sobre las Asociaciones Público Privadas que el MSP ha acordado con los centros de rehabilitación privadas para cubrir la demanda de atención por adicción al consumo de alcohol y drogas.
- Los convenios que se mantienen actualmente no son suficientes para cubrir las deficiencias que se mantienen.
- Una forma de abordar o tener mayor control de aquellos centros que no cuentan en su totalidad con los permisos establecidos por el MSP, son primero verificar qué tipo de requerimiento se puede ser flexible, aquellos en los que la norma establece como

prioritarios y aquellos donde se apoya al centro mediante asesoría o financiamiento de equipos o especialistas para cubrir ciertas áreas con la condición de que estos reciban pacientes subsidiados.

Atención a Mujeres adolescentes

Si bien el mayor consumo de las drogas en adolescentes está concentrado en los hombres poca información se ha documentado respecto de la situación a la que enfrentan las mujeres adolescentes. Entre los centros de atención con permiso vigente que se dispone no existen centros enfocados en este grupo, aunque según las autoridades estos casos son derivados a instituciones privadas para atender estos casos. En todo caso, este grupo vulnerable amerite sea analizado en profundidad.

Rehabilitación a Jóvenes en situación de calle

Los jóvenes que no tienen hogar son un grupo muy vulnerable del que no se tiene registro sobre su número de casos debido a la movilidad que estos mantienen. Establecer políticas públicas para ellos resulta una situación bien compleja porque se debe considerar las instancias desde la prevención, tratamiento, rehabilitación y reinserción laboral y familiar. En este grupo la probabilidad de recaer es alta pues justamente no cuenta con apoyo familiar para salir de esa situación.

5. Ideación

Posterior a un proceso de levantamiento de ideas de los grupos evaluados, se determina relevante considerar como pilares sobre la propuesta a trabajar: legislación, infraestructura, y capital humano. Para el efecto es necesario considerar que existirán actividades predecesoras que deberán cumplirse previo a la implementación de cada propuesta. De esta manera, se prepara un marco regulatorio y se concluye en la atención directa a la población que deberá someterse al tratamiento de la propuesta de esta política pública:

- **Legislación:** es un pilar primordial dado a que de esta se derivaran las diversas políticas públicas que se proponen implementar a través de la presente investigación. El marco regulatorio es bastante escueto en termino de enfoque al problema, puesto que, tratándose de un problema de salud pública muy poco se ha trabajado desde el legislativo en establecer leyes y reglamentos que promuevan y faciliten la rehabilitación de quienes han sufrido una problemática de este tipo.
- **Infraestructura:** Existe un déficit de camas para el tratamiento de esta problemática. El sector privado ha implementado esfuerzos, pero estos no han sido los suficientes. La normativa existente para la regulación de clínicas privadas cuenta con exigencias en algunos casos difíciles de cumplir para quienes decidan implementar un centro de atención de este tipo. El Estado no ofrece financiamiento para clínicas ni asegura participación conjunta entre el público y privado para la generación de infraestructura. Es necesario contar con infraestructura adecuada a fin de impulsar terapias y tratamientos que tengan un resultado positivo en los pacientes.
- **Capital humano:** La mano de obra calificada es importante para todo sector, y en este no es la excepción. No existen programas de formación técnica para la atención de la presente problemática, en la mayoría de los casos quienes son propietarios de estos centros no cuentan con una formación académica especializada que asegure una dirección adecuada de los objetivos del mismo. Es necesario mantener informada y capacitada a la ciudadanía sobre los procedimientos que deberían llevarse a cabo una vez que estén expuestos al problema. Para ello se necesita generadores de contenido que conozcan a ciencia cierta la correcta difusión de campañas de prevención y rehabilitación.

Prototipado

Fase 1: legislación

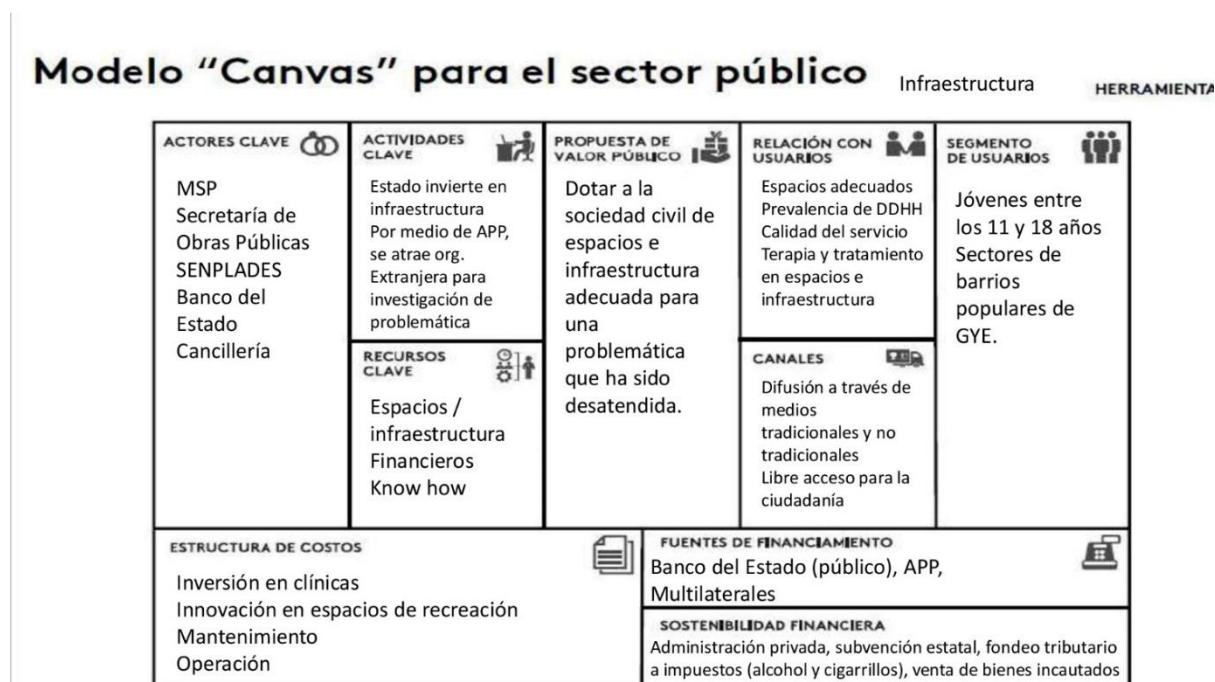
Figura 21: Modelo Canvas para pilar legislativo



Se propone crear una legislación que permita la intervención directa del interdicto. Así mismo, generar la legislación correspondiente para el tratamiento adecuado de un interdicto. A su vez, esta legislación debe facilitar la creación de un marco regulatorio que permita la formación de alianzas públicas privadas. Esta legislación permitirá la inversión extranjera para tratamiento de drogas por medio de la investigación (clusters de investigación). Esta propuesta de solución involucrará a actores claves como la Asamblea Nacional, Ministerio de Salud Pública (MSP), Ministerio de Educación, Asociación de Municipalidades del Ecuador, etc. Se fortalecerá dicho marco de acuerdo a una implementación integral que involucre las tres etapas: lucha, rehabilitación y prevención. Dicha propuesta tendrá un financiamiento de fondos tanto públicos como privados, así como la recolección de impuestos estatales destinados para la salud. Se difundirá por medios legislativos, así como vocerías por parte de líderes políticos, GADs, centros de salud privados y públicos, y organismos estatales. Contará con una participación activa de la academia, sociedad civil, padres y madres de familia.

Fase 2: Infraestructura

Figura 22: Modelo Canvas para pilar de infraestructura



Teniendo en cuenta la formación de dicho marco regulatorio legislativo, se propone la creación de infraestructuras y espacios que permitan la correcta administración de clínicas centros de salud para el tratamiento de drogadicción. De manera coordinada, el Estado invierte en infraestructura por medio de las alianzas público-privadas, de esta forma se atrae inversión extranjera para promover investigación en Ecuador que trate dicha problemática en conjunto con la Academia. Esto involucrará a actores estatales específicamente al Ministerio de Salud Pública, la Secretaría de Obras Públicas, SENPLADES, Banco del Estado, y la Cancillería. Esta propuesta tendrá a un alcance a jóvenes entre 11 y 18 años de sectores populares de Guayaquil, con un financiamiento de fondos públicos (presupuesto estatal), así también como fondos obtenidos de las alianzas público-privadas. De la misma forma, su difusión será a través de medios tradicionales y no tradicionales, con un libre acceso y participación de la ciudadanía.

Fase 3: Capital Humano

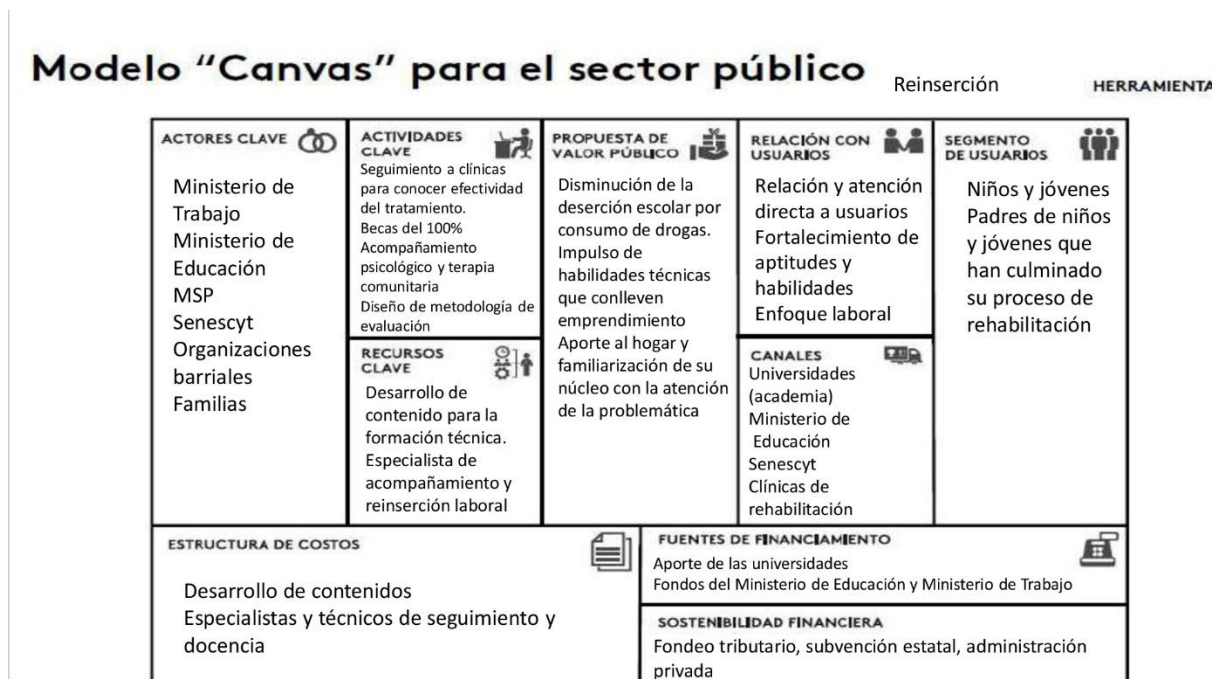
Figura 23: Modelo Canvas para pilar de capital humano



Esta propuesta tiene como objetivo promover la solución para el tratamiento y prevención de drogas en jóvenes fortaleciendo el capital humano por medio de formación académica, impulso de espacios de investigación (clusters de investigación), la creación de núcleos barriales y la exigencia a GADs para la formación de lugares de esparcimiento. Se intenta promover el recurso humano por medio de terapia y procedimientos (manuales y métodos) fortalecer la dinámica. Incluirá a actores clave como los barrios de sectores estratégicos de la ciudad, GADs, Academia, Senescyt, ONGs internacionales y nacionales. Estas últimas tendrán como objetivo el aporte de las Universidades y el aporte de conocimiento técnico y especializado.

Fase 4: Rehabilitación y reinserción

Figura 24: Modelo Canvas para pilar de rehabilitación y reinserción



Dicha propuesta propone la disminución de la deserción escolar por consumo de drogas, así como el impulso de habilidades técnicas que conlleven emprendimiento, aportar al hogar y familiarización de su núcleo con la atención de la problemática. Esta propuesta se compone de actividades claves como el seguimiento a clínicas para conocer la efectividad del tratamiento, realizar convenios para que se otorguen becas del 100% a niños y adolescentes que han cumplido su tratamiento, así como de un acompañamiento continuo de terapia psicológica y comunitaria. Esto a su vez permitirá la creación del diseño de metodología de evaluación que servirá para comprobar la efectividad del tratamiento para drogadictos. Esta propuesta se financiará por medio de aportes de las universidades, así como de fondos estatales del Ministerio de Educación y Ministerio de Trabajo, no sólo garantizando el tratamiento sino la reinserción del individuo. A su vez, creará desarrollo para el contenido para la formación técnica de estos jóvenes, con especialistas y acompañamiento de reinserción laboral. Esta propuesta vincula tanto a los niños y adolescentes que han culminado el proceso de rehabilitación, así como a sus padres y madres

6. Conclusiones

Teniendo en cuenta los antecedentes mencionados y la problemática expuesta, es relevante considerar que la adicción a drogas es un problema que no sólo el Estado debe ocupar una participación activa sino también la sociedad civil pues dicha problemática afecta de manera directa a la comunidad. En primera instancia, es menester que el Estado reconozca que es un problema de salud pública para así poder derivar los recursos necesarios que implica tratar este problema. Por otro lado, la derivación de estos recursos debe ser simultáneamente acompañada de una planificación integral a largo plazo que permita la articulación de organismos públicos y privados, así como la participación de actores claves en la sociedad que de manera directa o indirecta aporten para formular una solución para esta problemática.

Conforme a lo expuesto dentro del presente informe en cada una de las fases que se propone para atacar dicho problema, la rehabilitación y reinserción juega un rol fundamental puesto que esto controla la dispersión del problema e incluso da un nuevo sentido de vida, dentro del orden, a quienes lo habrían perdido al momento de caer en adicciones. El marco regulatorio es un factor poco explorado en materia de drogas, y mucho menos cuando se trata en la rehabilitación que estos conllevan. Es necesario trabajar en el impulso de un marco enfocado en el problema de forma integral desde la prevención, siendo este uno de los métodos para evitarlo, tratamiento, rehabilitación, reinserción y lucha.

La infraestructura presenta debilidades relevantes, la inversión estatal resulta limitada para problemas de esta connotación. No puede dejarse en un segundo plano un problema que genere tantas consecuencias dentro de la sociedad como éste. La infraestructura no es exclusivamente para conceder el tratamiento a los afectados, sino también para la generación de actividades que deslinden a los adolescentes fuera de la norma. Espacios deportivos, entretenimiento, de disipación, artísticos, etc., podrían colaborar a través de una adecuada administración a la lucha eficiente para prevenir el consumo de drogas. Los Gobiernos Autónomos Descentralizados que conocen a ciencia cierta de la ciudadanía, o el territorio sobre el cual tiene jurisdicción deben ejercer un rol fundamental sobre la problemática, sin embargo, no es una tarea asignada a realizar. Así también, las alianzas público-privadas serían una herramienta importante en el que se considere la inversión por parte del sector público y una administración eficiente por parte del sector privado, en lo que respecta a clínicas de rehabilitación (o viceversa).

Según los hallazgos, el tipo de familia incide en la decisión que el afectado tenga por alinearse al consumo de adicción de estupefacientes. Es por ello necesario vincular a las familias y trabajar sobre la organización social para enfocarlos en una lucha conjunta y continua. La sociedad civil sería el actor principal de su destino, indiferente de las tareas estatales.

7. Referencias bibliográficas.

- ACCESS. (2016). Agencia de aseguramiento de la calidad de los servicios de salud y medicina prepagada. *Acuerdo Ministerial No. 00000079*. Obtenido de <http://www.calidadsalud.gob.ec/acess-app-servicio-ciudadano/public/permisoFuncionamiento/informacion.jsf>
- ACCESS. (2017). Agencia de aseguramiento de la calidad de los servicios de salud y medicina prepagada. *Lista de establecimientos de salud que prestan servicios de tratamiento a personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas (ESTAD)*.
- Azrin, N. H., MacMahon, P. T., Donohue, B., Lapinski, K. J., Kogan, E., Acierno, R., & Galloray, E. (1994). *Behavior therapy for drug abuse: a controlled treatment outcome study*. Behavior Research and Therapy.
- Blog Por hache por b. (2013). *El focus group y la entrevista en profundidad*. Obtenido de <https://porhacheoporb.wordpress.com/2013/04/22/el-focus-group-y-la-entrevista-en-profundidad/>
- Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas. (2015). *Informe sobre Uso de Drogas en las Américas 2015*. Washington: Organización de los Estados Americanos.
- Comunidad Andina, DROSICAN. (2010). Estudios cualitativos sobre el consumo de drogas sintéticas en grupos de riesgo. En *Informe del estudio realizado en jóvenes de las ciudades de Quito y Guayaquil, Ecuador*.
- CONSEP. (2014). Cuarto estudio nacional sobre uso de drogas en población de 12 a 65 años.
- Currie, J. C., & Consultants, F. (2001). *Prácticas Óptimas: Tratamiento y rehabilitación de la juventud con problemas de consumo de drogas*. Canada's Drug Strategy Division.

Diario El Comercio. (Abril de 2018). *Lenin Moreno suprime Secretaria de drogas*. Obtenido de <http://www.elcomercio.com/actualidad/leninmoreno-suprime-secretaria-drogas-decreto.html>

Diario La Hora. (2013). Rehabilitación, sólo hay 15 centros públicos. Obtenido de <https://lahora.com.ec/noticia/1101599765/rehabilitacion-solo-hay-15-centros-publicos>

El Telegrafo. (2014). *Los jóvenes pueden comprar droga con \$ 0,25* . Obtenido de <https://www.eltelegrafo.com.ec/noticias/judicial/12/los-jovenes-pueden-comprar-droga-con-025-infografia>

El Telégrafo. (3 de Marzo de 2015). 125 centros para recuperar adictos son clandestinos en Ecuador. Guayaquil, Guayas, Ecuador.

El Telégrafo. (16 de Julio de 2017). El 39% de consumidores probó más de una droga. Guayaquil, Guayas, Ecuador.

El Universo. (2014). *Menores, blanco del microtráfico de drogas*. Obtenido de <https://www.eluniverso.com/2014/12/13/infografia/4338826/menores-blanco-microtrafico-drogas>

El Universo. (2017). 30 plazas más en Guayaquil para tratar adicciones. Obtenido de <https://www.eluniverso.com/noticias/2017/07/19/nota/6287734/30-plazas-mas-urbe-tratar-adicciones>

El Universo. (13 de Septiembre de 2017). Consumo de drogas, cifras que todo padre debe saber. Guayaquil, Guayas, Ecuador.

Elliot, L., Orr, L., Watson, L., & Jackson, A. (2000). *Drug treatment services for young people. A systematic review of effectiveness and the legal framework*. Escocia: School of nursery and Miwifery. University of Dundee.

IDEO.org. (2015). *Human Center Design: Kit de Herramientas*.

Laboratorio de Gobierno. (2014). *¿Cómo trabaja el Laboratorio de Gobierno?* Obtenido de <https://www.lab.gob.cl/metodologias/>

Laboratorio de Gobierno. Chile. (2017). *Herramientas para la Innovación Pública: Aprendiendo en conjunto herramientas para desarrollar proyectos de innovación pública*.

Ministerio de Salud Pública. (2012). *Reglamento para la regulación de los centros de recuperación para tratamiento a personas con adicciones o dependencias a sustancias psicoactivas*. Acuerdo 00000767 (Suplemento del Registro Oficial 720, 8-VI-2012).

Ministerio de Salud Pública. (2015). *Modelo de atención integral residencial para el consumo problemático de alcohol y otras drogas, en establecimientos de salud de tercer nivel del Ministerio de Salud Pública*. Subsecretaría Nacional de Provisión de Servicios, Proyecto Creación e Implementación de Servicios de la Red de Salud Mental Comunitaria y Centros Estatales de Recuperación de Adicciones. Quito - Ecuador.

Ministerio de Salud Pública. (2016). *Normativa sanitaria para el control y vigilancia de los establecimientos de salud que prestan servicios de tratamiento a personas con consumo problemático de alcohol y drogas*. Acuerdo Ministerial No. 80.

Ministerio de Salud Pública. (Julio de 2017). Ministerio de Salud vigila que centros de recuperación para tratamiento de adicciones respeten los derechos humanos. Obtenido de <https://www.salud.gob.ec/ministerio-de-salud-vigila-que-centros-de-recuperacion-para-tratamiento-de-adicciones-respeten-los-derechos-humanos/#>

Ministerio de Salud Pública. (Mayo de 2018). Comité interinstitucional de drogas asegura la continuidad del SETED. Obtenido de <https://www.salud.gob.ec/comite-interinstitucional-de-drogas-asegura-la-continuidad-de-los-servicios-que-brindaba-la-seted-en-cumplimiento-del-decreto-ejecutivo-no-376/>

Morehouse, E., & Tobler, N. (2000). *Preventing and reducing substance use among institutionalized adolescents*.

ODC; UNODC. (2015). *Estudio cualitativo sobre consumo problemático de cannabis en adolescentes y jóvenes: riesgos y prácticas de cuidado*. Colombia: Observatorio de drogas de Colombia (ODC), Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC). Obtenido de http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/locales/CO031052016_estudio_cualitativo_consumo_cannabis_adolescentes_jovenes_riegos_practicas.pdf

Presidencia de la República. (2018). Decreto No. 376.

Robles, B. (2011). *La entrevista en profundidad: una técnica útil dentro del campo antropológico*. Obtenido de <http://www.scielo.org.mx/pdf/cuicui/v18n52/v18n52a4.pdf>

SETED. (2016). *Encuesta Nacional sobre Uso y Consumo de Drogas en Estudiantes de Noveno de Educación General Básica, Primero y Tercero de Bachillerato del 2016*.

- SETED. (2017). Costo del fenómeno de las drogas en Ecuador en 2015. En P. y. Secretaría Técnica de Drogas. Subsecretaría Técnica de Análisis.
- SETED. (2017). Plan Nacional de Prevención Integral y Control del Fenómeno Socio Económico de las Drogas 2017 - 2021.
- SETED. (2018). Informe de caracterización química de la heroína. Estudio de 233 sustancias incautadas entre los años 2013 y 2016. En P. y. Subsecretaría Técnica de Análisis. Laboratorio “Centro Científico de Referencia Nacional de Sustancias Estupefacientes. Subsecretaría Técnica de Análisis, Prospectiva y Evaluación. (2016). *Estimación de la población de consumidores de drogas en Ecuador.*
- The Omidyar Group. (2017). *Systems Practice.*
- UNICEF. (2016). *Niñez y Adolescencia desde la Intergeneracionalidad. Ecuador.* Obtenido de https://www.unicef.org/ecuador/Ninez_Adolescencia_Intergeneracionalidad_Ecuador_2016_WEB2.pdf
- UNODC. (2016). Informe Mundial sobre las Drogas . En *Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito.*
- UNODC. (2017). Informe Mundial sobre las Drogas del 2017. En *Resumen, consecuencias y conclusiones en materia de políticas.* Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito.

8. Anexos.

Anexo 1. Glosario de Instituciones Públicas.

- **Ministerio de Educación:** Cartera de estado que impulsa y ejecuta políticas de carácter educativo a lo largo del territorio nacional y en los niveles de educación general básica, secundaria y bachillerato.
- **Ministerio de Trabajo:** Brazo ejecutor de la política laboral a nivel del territorio nacional.
- **Ministerio de Salud Pública:** Cartera encargada de precautelar, regular y participar de la provisión de atención de la salud a nivel nacional.
- **Ministerio del Interior:** Ministerio rector de la seguridad interna y ejecutor del control mediante la fuerza pública.
- **Ministerio del Deporte:** Cartera de estado que impulsa el desarrollo de las actividades deportivas a nivel nacional.
- **Ministerio de Inclusión Económica y Social:** Cartera encargada de definir y ejecutar políticas para la inclusión económica y social.
- **Secretaría Técnica de Prevención de Drogas:** Ente rector y de control de estupefacientes a lo largo del territorio nacional. Adoptó competencias de lo que fue el CONSEP.
- **Presidencia de la República:** Representante del poder ejecutivo. Diseñador, ejecutor y articulador de diversas políticas en materia de desarrollo.
- **SENPLADES:** La Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo es una entidad gubernamental dependiente del Ministerio de Transporte y Obras Públicas y entre sus objetivos se encuentran la promoción y fortalecimiento de la gestión de las instituciones adscritas, la desconcentración y descentralización de la gestión pública.

Anexo 2. Guía de preguntas para Focus Group

Todas las entrevistas parten con un saludo inicial de agradecimiento por su aceptación a participar y la información que pueda aportar. A continuación se indica el texto estándar presentado en las entrevistas.

Buenos días Sr./ Srta./ Sra. Le agradecemos por el tiempo que ha dedicado para hacer esta entrevista. Los comentarios e información que nos proporcione serán muy valiosas para el proyecto de tesis que estamos realizando.

Familiares

El objetivo de esta entrevista es conocer su experiencia respecto al proceso que tuvo que pasar cuando se enteró que su hijo consumía drogas y las opciones con las que contó para dar tratamiento a la adicción.

- Percepción del entrevistado respecto de la problemática del consumo de las drogas.
- Factores de riesgo de los jóvenes que se ven envueltos en este mercado.
- Control del tiempo y supervisión de los hijos cuando están solos.
- Signos de alerta cuando el adolescente empezó a consumir drogas
- Comportamiento del menor en casa y los amigos.
- Reacción de la familia ante casos evidentes del consumo y adicción del hijo.
- Dónde acudir para tratar la adicción.
- Información disponible en centros de atención de salud público.
- Experiencia sobre el tratamiento recibido, duración, cuidados, gastos.
- Experiencia de casos cercanos de adicción y el tratamiento recibido
- Evaluación de la atención

- Posibles barreras que dificultan el acceso al tratamiento o su utilización por parte de los jóvenes
- Percepciones y valoraciones del (de la) entrevistado (a) respecto a la problemática de los centros de rehabilitación

Jóvenes drogodependientes y no drogodependientes

Preguntas aplicadas a jóvenes que consumieron droga alguna vez.

El objetivo de esta entrevista es conocer su experiencia respecto a la problemática del consumo de las drogas, especialmente sobre la facilidad que tienen los jóvenes para acceder a la droga H. Además, cual es la experiencia de los jóvenes sobre tratamientos para curar esta adicción.

- ¿En qué lugares puede encontrar drogas?
- ¿Su consumo de drogas le ha creado problemas en los doce meses anteriores?
- ¿Sus padres controlan su tiempo cuando salen de la casa?
- ¿Sus padres conocen a sus amigos?
- ¿Cuál es el comportamiento y apoyo de los padres?
- ¿Está dispuesto a recibir tratamiento o ha recibido tratamiento para controlar la adicción?
- ¿Alguna vez se ha recibido tratamiento residencial, cuál fue su experiencia?
- ¿Tiempo de duración, tratamiento, comportamiento del personal
- ¿Sus padres lo obligaron a ingresar al centro?

Anexo 3. Guía de preguntas para entrevistas en profundidad

Directores de los centros de rehabilitación público y privado

- Percepción del entrevistado respecto de la problemática del consumo de las drogas.
- ¿Cuál es el proceso de ingreso al centro, ruta de atención?
- ¿Llegan luego de desintoxicarse?
- ¿La atención ambulatoria que reciben al inicio significa que van y vuelven de casa?
- ¿Cuántos pacientes reciben?
- ¿Qué droga es la más común para utilizar?
- ¿Cuánto tiempo en promedio están internados?
- ¿Cuántos casos de éxito tienen registrado?
- Percepción sobre las barreras que dificultan el acceso al tratamiento de adicción o su utilización por parte de los jóvenes.
- Prácticas óptimas que consideran más acertados en las extensas áreas relacionadas con el tratamiento.
- Información hacia el paciente y familiares sobre tratamiento.
- Valores y filosofía del tratamiento.
- Enfoques específicos del tratamiento (cuestiones físicas, personales e interpersonales).
- Prevención de las reincidencias.
- Estructura del tratamiento (duración, intensidad y organización).
- Integración de los servicios de apoyo pertinentes.
- Nivel de compromiso y participación de las familias en el tratamiento.
- Percepción del incremento de centros clandestinos de tratamiento.

Representantes de Instituciones Públicas

1. Percepción del entrevistado respecto de la problemática del consumo de las drogas
2. ¿Cuál es la droga que considera tiene mayor penetración en los adolescentes?
3. ¿Cuál es la ruta de atención para el control y tratamiento de la adicción?
4. ¿Qué pasa después de salir, que apoyo reciben? ¿Hay seguimiento?
5. ¿Existen políticas de inclusión al salir del centro de rehabilitación?
6. ¿Qué tipo de interacción y coordinación hay con las instituciones, se respetan los presupuestos?
7. Percepción del incremento de centros clandestinos de tratamiento
8. Percepción sobre las barreras que dificultan el acceso al tratamiento de adicción o su utilización por parte de los jóvenes.
9. Campañas informativas para los jóvenes y familias
10. Casos de éxito de Casas de Acogida.