

Universidad Andina Simón Bolívar

Sede Ecuador

Área de Educación

Maestría de Investigación en Educación

**Análisis de aplicabilidad de los Planes, Rutas e Instrumentos para la
Protección Integral de Niños, Niñas y Adolescentes frente a las drogas
en la Unidad Educativa Isabel Tobar, año 2015-2016**

Mario Charles Serrano Baño

Tutora: Glenda Villamarín

Quito, 2020

Cláusula de derechos de publicación de tesis

Yo, Mario Charles Serrano Baño, autor de la tesis titulada “Análisis de aplicabilidad de los Planes, Rutas e Instrumentos para la Protección Integral de Niños, Niñas y Adolescentes frente a las de drogas en la Unidad Educativa Isabel Tobar, año 2015 2016”, mediante el presente documento dejo constancia de que la obra es de mi exclusiva autoría y producción, que la he elaborado para cumplir con uno de los requisitos previos para la obtención del título de Magíster en Investigación en Educación en la Universidad Andina Simón Bolívar, sede Ecuador.

Al presentar esta tesis como uno de los requisitos previos para la obtención del grado de magíster de la Universidad Andina Simón Bolívar, autorizo al centro de información o a la biblioteca de la universidad para que haga de esta tesis un documento disponible para su lectura según las normas de la universidad.

Estoy de acuerdo en que se realice cualquier copia de esta tesis dentro de las regulaciones de la universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica potencial.

Sin perjuicio de ejercer mi derecho de autor, autorizo a la Universidad Andina Simón Bolívar la publicación de esta tesis, o de parte de ella por una sola vez dentro de los treinta meses después de su aprobación.

Fecha:

Firma:

Resumen

Esta investigación se hizo para analizar los resultados y la incidencia de la aplicación de los planes, las rutas y los instrumentos que el Consejo Metropolitano de Protección de la Niñez y la Adolescencia (COMPINA) elaboró para afrontar el problema del inusitado incremento del uso, tenencia y consumo de productos estupefacientes y de alcohol en las instituciones educativas de nivel primario y secundario de la ciudad de Quito. Se enfoca el estudio en la Unidad Educativa Isabel Tobar, durante el año lectivo 2015-2016, tiempo durante el cual se diagnosticó uso, tenencia y consumo de estos productos en sus instalaciones. Se indaga sobre cuáles han sido las consecuencias de la implementación de los mismos en la unidad educativa en mención.

Esta investigación se llevó a cabo usando el método de la indagación bibliográfica, al requerir de una sustentación teórica en varios conceptos determinantes para el tema tratado, cuya fundamentación teórica se encuentra en varias ciencias; asimismo, se hizo necesario acudir a la investigación de campo, para lo cual se usaron la encuesta y la entrevista como herramientas de recopilación de información.

Se estudió la incidencia de la implementación de las rutas, los planes y los instrumentos puestos en práctica en la unidad educativa, y se llegó a la conclusión de que esta es una propuesta teórica que no se ajusta a la realidad del país en varios aspectos; en primer lugar, no se llegó a tener en cuenta la evidente saturación de la policía, que además tampoco ha sido nunca capacitada para tratar adecuadamente estos eventos; en segundo lugar, el sistema de atención de salud pública en el Ecuador carece de la infraestructura física y del personal cualificado para atender este tipo de pacientes. Las instalaciones del sistema público de salud están siempre colapsadas.

Palabras clave: COMPINA, consumo de drogas; rutas; planes; instrumentos; adolescentes y sustancias prohibidas

A los padres de familia, maestros y estudiantes de la Red Educativa de la Arquidiócesis de Quito, REDA-Q, que esta investigación sirva de instrumento para el establecimiento de planes, rutas, e instrumentos al interior de las instituciones educativas, y de esta manera se logre desarrollar una cultura de prevención y protección integral de niños, niñas y adolescentes que forman parte de la red.

Que ningún estudiante sea marginado, separado, aislado u olvidado por haber sido frágil frente al consumo de sustancias psicotrópicas y estupefacientes, que todos los actores de la sociedad nos sintamos responsables de presentar espacios libres de este flagelo.

Agradecimientos

A Dios, porque cada instante de la vida me da la oportunidad de poner al servicio de los demás lo aprendido.

A mi padre, y especialmente a mi madre, porque con cálida sencillez durante estos dos años ha estado insistentemente cuestionando: ¿así de difícil será la tesis que no acabas de empezar?

A la universidad Andina Simón Bolívar, por propiciar segmentos que despiertan duda sobre los paradigmas establecidos y propician la búsqueda de otros, más eficientes.

A MSc Glenda Villamarín, directora de tesis por su firmeza, carisma, y paciencia durante el desarrollo de este trabajo.

Al padre José Valdivieso B., por haber facilitado los tiempos y los espacios para que este proyecto se cristalice.

Tabla de contenido

Introducción.....	13
Capítulo primero.....	15
Descripción de los planes, rutas e instrumentos elaborados por el Consejo	
Metropolitano de Atención Integral a la Niñez y Adolescencia.....	15
1. El Consejo Metropolitano de Protección Integral a la Niñez y Adolescencia	
.....	15
2. Qué enfoque tiene en el tratamiento de las drogodependencias de la niñez y la adolescencia la ruta elaborada por el Consejo Metropolitano de Protección integral de la Niñez y la Adolescencia.....	16
3. Análisis de las directrices del Consejo Metropolitano de Protección de niños, niñas y adolescentes en la elaboración del plan para determinar si coinciden con los lineamientos de la Constitución	17
3.1. Rutas e instrumentos de atención y protección a niños, niñas y adolescentes encontrados en uso, consumo y dependencia de sustancias estupefacientes y psicotrópicas.....	21
3.2. Ruta de atención y protección a niños y niñas encontrados en tenencia de sustancias estupefacientes y psicotrópicas	26
3.3. Rutas de atención y protección a los y las adolescentes en tenencia de sustancias estupefacientes y psicotrópicas	28
3.4. Los instrumentos.....	30
4. Análisis de la implementación de los planes, rutas e instrumentos para la Protección Integral de Niños, Niñas y Adolescentes frente a las drogas en la Unidad Educativa Isabel Tobar	30
Capítulo segundo	33
La drogodependencia en los menores, el marco legal en el Ecuador y la respuesta del Municipio de Quito a través de los planes, las rutas y los instrumentos de atención para la protección de niñas, niños y adolescentes	
1. Drogas que crean dependencia y drogadicción en adolescentes.....	33
2. El enfoque que tiene la protección al menor en la legislación ecuatoriana	42
2.1. Normativa	46
2.2. Políticas.....	54

Capítulo tercero	61
Descripción de la Unidad Educativa Isabel Tobar, caracterización de su población estudiantil y resultados de la aplicación de los planes, rutas e instrumentos para la protección de niñas, niños y adolescentes del Consejo Metropolitano de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia	61
1. La Unidad Educativa Isabel Tobar	62
2. Sector Parque Italia.....	63
3. La población estudiantil de la unidad educativa en estudio: situación familiar, social y económica.....	65
3.1. Estructura familiar	65
3.2. Nivel socioeconómico	67
4. Diagnóstico de la situación del uso de drogas en la Unidad Educativa Isabel Tobar.....	70
5. Aplicación de los planes, las rutas e instrumentos de protección en la Unidad Educativa Isabel Tobar	74
5.1 Estudio de los resultados de la aplicación de los planes, rutas e instrumentos en la Unidad Educativa Isabel Tobar.....	74
Conclusiones.....	77
Recomendaciones	81
Bibliografía.....	83
Anexos	89
Anexo 1: Ruta de protección de niños, niñas y adolescentes frente al uso y consumo de drogas en las instituciones educativas del Distrito Metropolitano de Quito	89
Anexo 2: Ruta de protección de niños, niñas y adolescentes encontrados en tenencia de sustancias estupefacientes y psicotrópicas en los centros educativos	90
Anexo 3: Cuestionario de la entrevista que se hace a adolescente encontrado en uso o consumo de sustancias ilegales y tratado de acuerdo al manual del Consejo Metropolitano de protección a niños, niñas y adolescentes.....	91

Introducción

En el país las instituciones educativas de los niveles primario y secundario - actualmente denominadas unidades educativas- afrontaron en los últimos años un aumento significativo en los casos de tenencia y consumo de productos estupefacientes, psicotrópicos y alcohol. En Quito el Consejo Metropolitano de Protección de la Niñez y la Adolescencia elaboró un documento para combatir este problema, al que denominó planes, rutas e instrumentos para la protección Integral de Niños, Niñas y Adolescentes frente a las drogas. La Unidad Educativa Isabel Tobar, con diagnóstico por consumo y tenencia de productos estupefacientes y psicotrópicos en sus instalaciones e inmediaciones, implementó el programa elaborado por el COMPINA, cuyos resultados esta investigación analiza.

El capítulo primero describe los planes, rutas e instrumentos elaborados por el Consejo Metropolitano de Atención Integral a la Niñez y Adolescencia, el enfoque que tiene en el tratamiento de las drogodependencias de la niñez y la adolescencia la ruta elaborada por el Consejo Metropolitano de Protección integral de la Niñez y la Adolescente. Revisa los resultados que se obtuvieron de la aplicación de los planes, las rutas e instrumentos para la protección de niñas, niños y adolescentes del Consejo Metropolitano de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia en la Unidad Educativa Isabel Tobar.

En el capítulo segundo se trata el marco legal en el que se desenvuelve la drogodependencia de los menores en el Ecuador, el enfoque de la protección en la legislación ecuatoriana mediante la normativa y las políticas públicas emprendidas por el Municipio de Quito. Asimismo, estudia la respuesta que dio el Municipio de Quito a este problema, que fue la creación de un programa denominado “Planes, Rutas e Instrumentos para la Protección Integral de Niños, Niñas y Adolescentes”. Analiza el enfoque del mismo y las directrices del Consejo Metropolitano de Protección Integral de niños, niñas y adolescentes (COMPINA) para determinar si existe coincidencia entre lo que establece este documento y lo que dice la Constitución.

El capítulo tercero se ocupa de describir a la Unidad Educativa Isabel Tobar, el entorno en el que desarrolla sus actividades, de caracterizar a su población adolescente de la Unidad Educativa Isabel Tobar del sector del Parque Italia de la ciudad de Quito en sus ámbitos familiar, social y económico. Así como de analizar los resultados de la

aplicación de los planes, rutas e instrumentos para la protección de niñas, niños y adolescentes del Consejo Metropolitano de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia en esta institución

Entre las conclusiones a las que se llega se encuentra la evidencia de que el sistema de atención pública de salud no está preparado para asumir pacientes menores de edad, ni en el aspecto físico ni en el del personal sanitario.

Una de las recomendaciones que se plantea al finalizar esta investigación es la necesidad de revisar la normativa de tenencia, uso y consumo de sustancias estupefacientes y psicotrópicas es permisiva y carece de estudio científico. aunque para establecer la tabla de consumo el CONSEP se basó en el análisis técnico de toxicidad y estudios psicológicos sobre tenencia de sustancias estupefacientes y psicotrópicas desarrollados por el Ministerio de Salud, el cual fue acogido por los ministerios de Educación, de Justicia, del Interior y de Relaciones Exteriores, como parte del CONSEP. Sin embargo los resultados que están a la vista corroboran afirmación realizada por Jorge Vicente Paladines que la fijación de cantidades máximas admisibles para el consumo, constituyen medidas técnico-políticas que no gozan necesariamente de un respaldo científico total, puesto que no existe un estándar a nivel mundial que justifique la cantidad de sustancia que una persona pueda tener o poseer para su consumo e ingesta. (Paladines 2016, 28)

Capítulo primero

Descripción de los planes, rutas e instrumentos elaborados por el Consejo Metropolitano de Atención Integral a la Niñez y Adolescencia

El Consejo Metropolitano de Atención Integral a la Niñez y Adolescencia (COMPINA), ante la evidencia del incremento de uso, abuso y tenencia para comercialización de sustancias prohibidas y tóxicas por parte de niños y adolescentes que estudian en las instituciones educativas de la ciudad, elabora un detallado modelo para que estos centros -en coordinación con otras entidades estatales- afronten la problemática.

Este capítulo se ocupa de definir y describir, por un lado, al Consejo que se ha ocupado de la creación de esta herramienta, por el otro, consigna los planes, las rutas y los instrumentos que constan en ese documento elaborado por esta entidad y entregado a las unidades educativas para su uso en la eventualidad de que se susciten los casos mencionados. Además, se analiza el resultado que ha tenido en el sistema educativo en general.

1. El Consejo Metropolitano de Protección Integral a la Niñez y Adolescencia

El Consejo Metropolitano de Protección Integral a la Niñez y Adolescencia, COMPINA, es una entidad del Municipio de Quito que trabaja por el bienestar del menor en el ámbito local y cuya labor se centra y enfatiza en los más desprotegidos, los que se hallan en situación de vulnerabilidad por las condiciones socioeconómicas.

En este contexto el COMPINA, elabora: planes, rutas e instrumentos y los pone a disposición de las autoridades locales, educativas, de salud y familiar para que se apliquen y sobretodo se respete el debido proceso y se protejan a niños, niñas y adolescentes que de alguna manera se han involucrado de cara con las drogas y el alcohol. Y se prevenga a de manera integral a la comunidad educativa.

2. Qué enfoque tiene en el tratamiento de las drogodependencias de la niñez y la adolescencia la ruta elaborada por el Consejo Metropolitano de Protección integral de la Niñez y la Adolescencia

De acuerdo a lo que establece este manual, el enfoque es de protección y de prevención integral, pues ninguna acción, programa o plan va a funcionar si no trabaja en ambos ámbitos.

El enfoque integral parte de reconocer e integrar las dimensiones del individuo (cuerpo mente, espíritu) tomando en cuenta la edad en la que se encuentra el sujeto, así como los aspectos sociales y culturales de los ambientes en los cuales se desarrolla (familia, escuela, comunidad, sociedad). Esto significa que toda intervención que se realice, tanto para la prevención como para la protección, deberá tener en cuenta al sujeto desde una mirada física, psíquica, espiritual y de sus niveles de desarrollo; y, además, contextualizar los procesos culturales y sociales en los cuales se va a trabajar (COMPINA 2014, 8).

En un enfoque holístico, el Consejo empieza reconociendo al individuo en sus singularidades para poder conocerlo y, desde ese conocimiento, ayudarlo en su situación de dependencia de sustancias que crean dependencia. Pero más allá de la concepción filosófica integral del niño y el joven, necesario para afrontar el tema, este enfoque tiene su justificación y su correspondencia en los principios instituidos en el Código de la Niñez y la Adolescencia, en la misma Constitución de la República y en toda la normativa nacional, por lo que se aborda el trabajo con los menores desde:

- Interés superior del niño
- Ejercicio progresivo de derechos
- Corresponsabilidad de la familia, la sociedad y el Estado
- Prioridad absoluta
- No discriminación
- Aplicación e interpretación más favorable al niño/a y adolescente. Ninguna autoridad judicial o administrativa podrá invocar falta o insuficiencia de norma o procedimiento expreso para justificar la violación o desconocimiento de los derechos de los niños/as y adolescentes (COMPINA 2014, 8).

Como puede verse, el abordaje está muy de acuerdo con los principios y garantías que constan en la Constitución vigente, y están adaptados los postulados del COMPINA a la normativa de enfoque de salud pública y derechos humanos que permea toda la legislación sobre el tema, en la que prima el interés del menor en la letra y el espíritu de la norma.

3. Análisis de las directrices del Consejo Metropolitano de Protección de niños, niñas y adolescentes en la elaboración del plan para determinar si coinciden con los lineamientos de la Constitución

El Consejo Metropolitano de Protección de niños, niñas y adolescentes establece varias directrices para la elaboración de los planes, las rutas y los instrumentos de protección a los menores, y no solo a quienes se hallan ya inmersos en la problemática de la drogadicción, de la tenencia, el uso y el consumo de sustancias tóxicas ilegales, también considera en esta planificación a aquellos niños, niñas y adolescentes que conviven con ello como una tentación de la inmadurez propia de su edad y como una posibilidad estadística atribuida al entorno.

Es así como el Consejo Metropolitano estima que para elaborar el plan se debe afrontar el tema en ocho pasos concretos, que son también las fases de un proceso que deriva en la elaboración técnica y fundamentada de un plan para la institución educativa que ha comprobado problemas de venta y consumo de sustancias ilegales en su interior o en el exterior de sus instalaciones, con el apoyo técnico del Consejo Metropolitano de Protección Integral de Niños, Niñas y Adolescentes, más la participación de todos quienes tiene que ver con el entorno del menor (COMPINA 2014, 9).

El primero de esos pasos consiste, entonces, en “Abordar el tema según el nivel de relacionamiento del niño/adolescente con las sustancias, no puede ser el mismo tratamiento para todos los casos. Distinguir si los niños/as/adolescentes requieren prevención integral o acompañamiento terapéutico (COMPINA 2014, 11)”. Es así que la oferta barata y permanente, por un lado, y la presión de las condiciones familiares y personales y del entorno social para que consuma, por el otro, son los elementos que configuran un escenario peligroso en el problema de drogas en los menores.

La prevención integral la concibe el COMPINA como un proceso que le permite al niño y al adolescente afectado por esta enfermedad desarrollar recursos y estrategias, tales como la autonomía, la autoestima y la toma de decisiones, lo que aumenta sus capacidades del sujeto, la familia y la comunidad. Corresponde, entonces, a un proceso continuo de construcción social (o reconstrucción), de acuerdo al Consejo Metropolitano de Protección de niños, niñas y adolescentes. (COMPINA 2014, 12) “que ayude a los sujetos -de forma individual y/o colectiva- a superar los factores de riesgo y convertirlos en factores de protección”.

En cuanto al acompañamiento terapéutico, este se refiere a dar atención de salud específica a las personas que tienen una dependencia de las drogas, consiste en acompañarles en el proceso de desintoxicación, de encontrar con ellas su manera de enfrentarse al consumo tóxico que han hecho y en el que podrían recaer, ayudarles a crear espacios adecuados, a construirse otra forma de vivir, en la que la drogodependencia no sea uno de sus componentes. Es decir:

Es mirar la salud como una construcción social y de la cultura y, respetándola, caminar junto al individuo y sus contextos en su superación, desde sus metas y necesidades. Es brindar servicios sí, pero ante todo brindar apoyo y respeto en la comprensión de una situación que va más allá de un cuadro clínico para ser atendido. El tratamiento terapéutico le corresponde al Ministerio de Salud, integrando a la familia y la comunidad (COMPINA 2014, 12).

Esta idea del acompañamiento viene a cambiar un paradigma sobre la drogadicción en el país, desde el 2014, pues antes la familia tenía que arreglárselas sola, costear la rehabilitación con sus propios recursos económicos; no existía ninguna clase de atención especializada en el sistema público de salud. Es así como el paso primero de los planes, las rutas y los instrumentos del COMPINA coincide con el numeral 5 del artículo 45 (Asamblea Constituyente 2008), citado páginas antes, que determina que el Estado tomará medidas para prevenir en los menores el uso y consumo de estupefacientes o psicotrópicos y de bebidas alcohólicas.

Una vez que se ha abordado el tema desde la salud, corresponde hacer un trabajo de campo es decir se debe hacer un diagnóstico como segundo paso; el mismo que debe: “Identificar cuál es la situación que se presenta en la entidad educativa, estableciendo las diferenciaciones necesarias. El diagnóstico se elabora con participación de los/as estudiantes, padres/madres de familia, docentes, autoridades educativas, personal administrativo” (COMPINA 2014, 12).

Es evidente y lógico que los problemas van a presentarse en distintos niveles de gravedad en las unidades educativas, porque no en todas existen los mismos problemas de tenencia, uso y consumo; ya que la mayoría de estudiantes decide no involucrarse de alguna manera con las drogas..

El diagnóstico, caracterización de la población o situación actual de la niñez es la base para el planteamiento de los componentes del Plan, así como de las estrategias; por ejemplo, si se detecta la existencia de maltrato o violencia a niños/as o adolescentes en

las familias y/o comunidad, se debe identificar estrategias de apoyo a la familia para entregar nuevas herramientas de educación a los hijos/as.

Si se identifica que en la comunidad no hay espacios de recreación o están en mal estado, se debe generar una estrategia mediante mingas comunitarias y gestión con los gobiernos locales para satisfacer esta necesidad.

Si se detecta que los/as maestros/as no cuentan con suficientes herramientas para enfrentar las causas de los problemas es necesario diseñar una estrategia de formación y capacitación a este grupo. Hay que tener en cuenta que lo que se busca en un plan de protección integral es atacar las causas de los problemas y no sólo los síntomas (COMPINA 2014, 12-3).

Para llevar a cabo la fase de diagnóstico trabajan conjuntamente la institución educativa, el Consejo Metropolitano y las asociaciones de padres y estudiantes; puesto que todos tienen algo que aportar para el conocimiento y la comprensión del fenómeno social en el uso, consumo, tenencia y venta de drogas

La caracterización de la población permitirá establecer cuáles son los factores de riesgo a ella asociados, puesto que aparentemente los niños con menos presencia de padres¹, o en situación familiar problemática, tienen más posibilidades de desarrollar problemas con las drogas. Algunos de ellos, intentan conseguir dinero vendiéndolas; otros se unen a los distribuidores de estas sustancias que los usan para vender su producto.

Identificar cuál es el problema o problemas existentes; analizar las causas y las manifestaciones del problema. Este análisis permite identificar los factores personales, familiares y sociales de riesgo (que generan o contribuyen a generar el problema) y de protección, a fin de ayudar a evitar, disminuir o erradicar el consumo de drogas, o cualquier problemática. Esto permitirá influir tanto en el sujeto como en el medio en el que este se desarrolla (COMPINA 2014, 13).

En el diagnóstico se intenta también identificar a los actores relacionados con la problemática desde sus distintos ámbitos: la familia, la escuela, los entes públicos a quienes compete trabajar por ellos desde lo que determina la Constitución, que ha sido muy clara en lo que concierne a las funciones.

¹ “De igual manera, la familia puede llegar a influir como un factor de riesgo para el consumo de sustancias psicoactivas, de acuerdo a esto Muñoz y Graña (2001) definen que en lo que respecta a la estructura y composición familiar: la ausencia de uno de los padres, como el hecho de que uno de los padres se vuelva a casar podría conceptualizarse como factor de riesgo que permitiría predecir el futuro consumo de tóxicos por parte de los hijos (9). Una familia se configurará como un factor”. Norma Aguirre-Guiza, Olga Aldana-Pinzón y Claudia Bonilla-Ibáñez, “Factores familiares de riesgo de consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de una institución de educación media técnica de Colombia”, 16 de julio de 2016, <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v19n1/0124-0064-rsap-19-01-00021.pdf>

El paso número tres para la construcción del plan consiste en la socialización de los resultados del diagnóstico a todos quienes están involucrados con la institución: docentes, dicentes, personal administrativo y padres de familia. Y, una vez “sistematizado el diagnóstico, en el que participaron estudiantes, padres y madres de familia, docentes y autoridades del plantel, se deben socializar los resultados de la sistematización a fin de que todos/as tengan conocimiento del problema y de las distintas percepciones que existen sobre él” (COMPINA 2014, 14).

Como cuarto paso se encuentra la conformación de un comité para que proceda a la elaboración de un plan que conecte con las necesidades y singularidades de la unidad educativa en cuestión, por lo que este comité deberá estar integrado por “los responsables de las Consejerías Estudiantiles (en caso de que existan) y por delegados de los niños/as-adolescentes, padres, madres de familia, docentes. Además, deberá contar con apoyo de profesionales de una entidad de salud cercana a la institución educativa” (COMPINA 2014, 14). En este caso el apoyo profesional proviene del COMPINA, que es quien plantea la iniciativa y cuenta con personal capacitado en el combate de la drogodependencia en las instituciones educativas. Además, como puede verse, en el comité están todos los actores involucrados.

Como quinto paso tenemos, la elaboración del plan; el mismo que consta de dos secciones, que son: prevención del consumo y control de la oferta.

El paso seis consiste, en socializar el plan. Todos los involucrados de alguna manera deben conocerlo, para que sepan qué hacer y a quién acudir en caso de que se presente la situación.

El paso siguiente es ya “la puesta en marcha del plan elaborado, asegurando la ejecución de lo programado con la participación de todos/as los/as involucrados/as y sin improvisar o hacer acciones sin que sean consultadas previamente” (COMPINA 2014, 17). Que se lleva a cabo cuando hay un episodio de consumo, uso, tenencia o comercialización de drogas o alcohol dentro de la institución.

La última fase de este proceso es el control y la evaluación de los resultados del plan.

Estos pasos que completan el proceso para llegar a los planes, rutas e instrumentos se enmarcan en el artículo 364, el mismo que contempla a las adicciones como un problema de salud pública, que deberá ser atendido, por tanto, por las instituciones que conforman la misma en toda su magnitud.

Asimismo, el artículo 44 determina que:

El Estado, la sociedad y la familia promoverán de forma prioritaria el desarrollo integral de las niñas, niños y adolescentes, y asegurarán el ejercicio pleno de sus derechos; se atenderá al principio de su interés superior y sus derechos prevalecerán sobre los de las demás personas.

Las niñas, niños y adolescentes tendrán derecho a su desarrollo integral, entendido como proceso de crecimiento, maduración y despliegue de su intelecto y de sus capacidades, potencialidades y aspiraciones, en un entorno familiar, escolar, social y comunitario de afectividad y seguridad. Este entorno permitirá la satisfacción de sus necesidades sociales, afectivo-emocionales y culturales, con el apoyo de políticas intersectoriales nacionales y locales (Asamblea Constituyente 2008).

La tarea que se ha impuesto el COMPINA, y con su intermediación todas las unidades educativas de la ciudad es en la medida de las posibilidades favorecer el desarrollo integral del menor, cuidar su salud física y mental por tanto están llamados a permanecer vigilantes para detectar si en sus instalaciones hay presencia de vendedores de alcohol, sustancias estupefacientes, psicotrópicas o de quienes sospechen o intuyan tenencia, uso y consumo. El consejo Metropolitano ha logrado graficar esta ruta como se muestra en el Anexo 1

3.1. Rutas e instrumentos de atención y protección a niños, niñas y adolescentes encontrados en uso, consumo y dependencia de sustancias estupefacientes y psicotrópicas

La institución Isabel Tobar Landázuri, al diagnosticar que había un problema relacionado con consumo, uso, tenencia de sustancias estupefacientes y alcohol, se decidió a actuar, según entrevista realizada al psicólogo de la institución, Marco Moreno, de acuerdo a los lineamientos del COMPINA. Elaboró el plan, reseñado ampliamente en el numeral anterior, y se propuso seguir la ruta, propuestas de las instituciones educativas de la ciudad de Quito.

El procedimiento de la aplicación de la Ruta de Protección de niños, niñas y adolescentes frente al uso y consumo de drogas consta de cinco pasos, que son los siguientes:

Paso 1:

Consiste en la develación de los hechos, cuando alguna persona adulta relacionada con la institución (docente, inspector, madre/padre, dirigente estudiantil) sospecha que un estudiante, sea niño, niña o adolescente, está consumiendo alcohol o drogas, deberá trasladar a este menor al Departamento de Consejería Estudiantil o al Departamento Médico de la institución, en caso de que los hubiere. “Paralelamente, se

informará del particular a la máxima autoridad educativa. No se interrogará al niño/a o adolescente; tampoco se iniciará ningún tipo de investigación, ya que esto está reservado a la autoridad competente” (COMPINA 2014, 21).

Paso 2:

Este paso se recomienda que se lleve a cabo en la Consejería estudiantil, pero no todas las comunidades educativas cuentan con una; en caso de no existir, durante la elaboración del plan ya se habrá determinado qué departamento llevará a cabo esta tarea. Es así que se debe llamar a la madre, al padre o al tutor legal del niño/a o adolescente para relatarle los hechos y solicitarle su inmediata presencia. El hecho de no poder contactar a algún familiar no impedirá la consecución de los siguientes pasos.

Paralelamente, o de forma inmediata, el Departamento de Consejería Estudiantil, el Departamento Médico de la institución, o ambos a la vez, previa autorización de la autoridad, trasladarán al niño/a o adolescente que aparentemente ha consumido alcohol, sustancias estupefacientes o psicotrópicas a la unidad de salud pública más cercana (al ser un caso de emergencia a la unidad de salud pública o privada más cercana), con el objeto de que reciba la atención médica necesaria, en compañía de su representante legal (COMPINA 2014, 21).

Paso 3:

Una vez en la unidad de salud, el menor recibe la atención médica y allí orientarán a los familiares sobre lo que le ocurre a su representado, momento en el que se pasará a determinar si ha habido consumo, en cuyo caso se identificará el producto, para evaluar el riesgo que representa su presencia en el organismo del menor:

Con el fin de garantizar que el niño/a o adolescente reciba la atención adecuada, se propenderá a obtener un diagnóstico del tipo de consumo que presenta; si éste es ocasional, habitual o crónico; sin embargo, esto no necesariamente puede realizarse en el mismo momento, pudiendo fijar citas en el menor tiempo posible con los especialistas pertinentes.

Dependiendo de este diagnóstico, la unidad de salud tratará al niño/a o adolescente con el programa más idóneo para cada tipo de uso o consumo. En el caso de que la unidad de salud no cuente con los programas o especialistas necesarios para realizar la atención debida, derivará el caso a una unidad de salud de mayor complejidad; esta derivación será su responsabilidad, de acuerdo a lo establecido en el Sistema Nacional de Salud (COMPINA 2014, 22).

Es importante mencionar que a pesar de que la atención de salud en el área pública ha hecho notables progresos en los últimos años, este se encuentra sobrepasado en su capacidad de atención. En el planteamiento que hace el COMPINA el tratamiento

se le dará al menor en cuanto lo puedan atender, que será algunas horas después de ser descubierto el consumo de la sustancia.

Paso 4:

Este consiste en una sucesión de momentos que se llevan a cabo en secuencia ordenada:

Mientras la unidad de salud realiza el diagnóstico del tipo de consumo, e independientemente de dicho diagnóstico, la entidad educativa, conjuntamente con la familia, deberá garantizar medidas para prevenir la reincidencia del uso o consumo de parte de los niños/as y/o adolescentes (COMPINA 2014, 22).

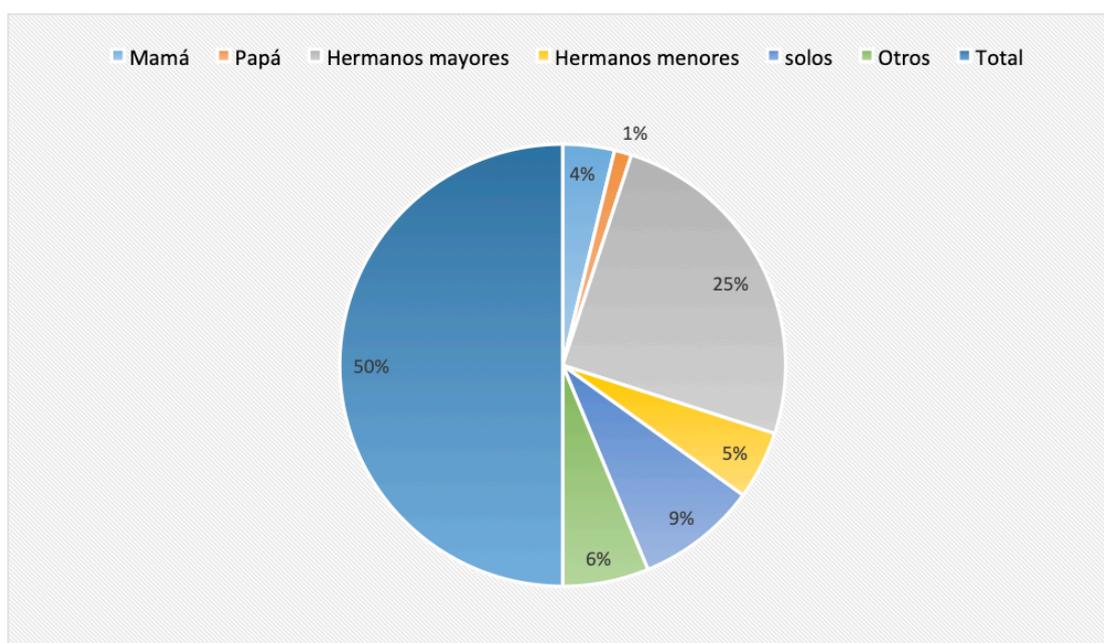
Las acciones en la unidad educativa pueden ser separar al chico del grupo de amigos con los que consume. En la familia sería un acompañamiento y una vigilancia para impedir que el menor se abastezca del producto que le causa dependencia.

Si la unidad de salud diagnostica un uso o consumo ocasional, la institución educativa propenderá las condiciones para la suscripción de una Carta Compromiso con el padre, madre o persona encargada del cuidado del niño/a o adolescente, en la que consten esencialmente los compromisos concretos que asumirá la familia para tratar el uso o consumo inicial de su hijo, hija o representado/a. Ninguno de estos compromisos podrá implicar el internamiento en algún centro o cualquier forma de castigo o vulneración de derechos (COMPINA 2014, 22).

La suscripción de una carta de compromiso por parte de los padres coloca la responsabilidad en los adultos, a menudo demasiado ocupados, ya que, de acuerdo a las encuestas realizadas durante esta investigación, los menores se encuentran solos, sin la vigilancia y atención de sus representantes; pues la vida cotidiana de la gente de escasos recursos se centra en sobrevivir, para lo que tienen que trabajar muchas horas, por tanto, dejan a los hijos solos o al cuidado de los hermanos mayores: por tanto la carta compromiso que hacen en la institución educativa queda en tantas ocasiones inoperante.

A continuación se observan bajo la responsabilidad de quien pasan los estudiantes luego de la jornada escolar.

Gráfico Nro. 1

Personas responsable del cuidado del estudiante después de clases

Fuente: (Departamento Consejería estudiantil ITL 2014)

Elaboración: El autor

Si la unidad de salud diagnostica un consumo habitual, además de la suscripción de la Carta Compromiso especificada en el párrafo anterior, la institución educativa pondrá en conocimiento de una Junta de Protección de Derechos o un Juez/a de Familia, Mujer, Niñez y Adolescencia este estado de vulnerabilidad, con el objeto de que dicho organismo emita las medidas de protección que fueren necesarias, propendiendo a que una ellas sea la inserción del niño/a o adolescente en un programa especializado de salud ambulatorio que trate los problemas de consumo, tomando en consideración la edad del niño/a o adolescente. Además de las disposiciones que emita para la institución educativa.

Mientras dura el proceso administrativo en la Junta o en el Juzgado, la institución educativa propenderá a que el niño/a o adolescente -y su familia- accedan a un tratamiento acorde al diagnóstico establecido (COMPINA 2014, 22).

Es decir, a partir de aquí, en el caso del consumo habitual, el asunto se judicializa, la situación de los menores la analizarán los estamentos judiciales competentes. En caso de que el nivel de consumo sea más grave, los jueces decidirán, ya no los padres ni la institución educativa.

Si la unidad de salud diagnostica un consumo crónico, que se haya constituido en una adicción de esas características, la institución educativa deberá -de forma inmediata- poner en conocimiento de una Junta de Protección de Derechos o un Juez/a de Familia, Mujer, Niñez y Adolescencia este estado de vulnerabilidad, con el objeto de que dicho organismo emita las medidas de protección que fueren necesarias, propendiendo a que una de ellas sea la inserción en un programa especializado de salud que trate problemas de adicción, tomando en consideración la edad del niño/a o adolescente. Si fuere necesario un internamiento, este únicamente procederá por orden escrita del Juez/a competente (COMPINA 2014, 22).

En la eventualidad de que durante todo el proceso reseñado se llegase a determinar la identidad de las personas que proveen al menor de los productos que le ocasionan la adicción, “se pondrá inmediatamente estos hechos en conocimiento de la Fiscalía, si el acto constituye delito (drogas ilegales); o de los demás organismos competentes (Intendencia, Comisaría), si el acto constituyere falta administrativa (drogas legales)” (COMPINA 2014, 23).

Paso 5:

Es el último de esta ruta, consiste en aplicar las sanciones disciplinarias correspondientes:

En virtud de que el Reglamento a la Ley Orgánica de Educación Intercultural determina que es una falta grave de los/las estudiantes “Consumir o promover el consumo de alcohol, tabaco o sustancias estupefacientes o psicotrópicas ilegales dentro de la institución educativa”, contemplando como acciones educativas disciplinarias para esta “conducta” la amonestación verbal y la suspensión temporal de la asistencia a la institución educativa por un máximo de quince (15) días dependiendo de la gravedad de la falta; y además como acciones educativas no disciplinarias la suscripción de una carta compromiso por parte del/la estudiante y sus representantes, así como el cumplimiento de actividades de trabajo formativo en la institución educativa relacionadas con la falta cometida”, recomendamos que aplicando las normas y principios constitucionales que determinan la responsabilidad del Estado en la prevención del consumo de alcohol, tabaco y demás sustancias estupefacientes y psicotrópicas, la determinación de las adicciones como un problema de salud pública, además del derecho de protección de proporcionalidad entre faltas y sanciones, que los diferentes centros educativos, no impongan la acción disciplinaria de suspensión por un máximo de quince (15) días, sino sólo la amonestación verbal, acompañada de la acción no disciplinaria de la firma de la carta compromiso en los términos antes descritos (COMPINA 2014, 23).

De lo que puede colegirse que en la actualidad a un menor no se lo puede separar de una institución educativa más de quince días o menos aún expulsar; ya que lo que pretende la ruta es proteger al menor, por tanto cualquier decisión que se tome con niños, niñas y adolescentes involucrados en uso y consumo de sustancias sicotrópicas o estupefacientes, se debe considerar la ruta antes descrita, para no

vulnerar el derecho a recibir una educación de calidad y calidez, y la obligación en cambio de las instituciones educativas de acompañar, proteger al menor y velar para que este derecho se cumpla. El consejo Metropolitano ha logrado graficar esta ruta como se muestra en el Anexo 1

3.2. Ruta de atención y protección a niños y niñas encontrados en tenencia de sustancias estupefacientes y psicotrópicas

Esta ruta comprende cinco pasos:

Paso 1:

Es el momento del descubrimiento del hecho, cuando se pone en marcha todo el sistema para proteger al menor de la droga:

Si alguna persona de la comunidad educativa (autoridad, docente, madre/padre de familia, dirigente, inspector) identificare que un niño o niña se encuentra en tenencia de sustancias estupefacientes y/o psicotrópicas deberá trasladarlo -de manera reservada- al Departamento de Consejería Estudiantil o a la Dirección, con el objeto de brindarle la protección y apoyo que requiera y manejar el caso sin re victimizarlo. No se interrogará al niño/a, ni se iniciará ningún tipo de investigación, lo que está reservado a la autoridad competente: Junta de Protección de Derechos o Juez/a de Familia, Mujer, Niñez y Adolescencia (COMPINA 2014, 25).

Discreción y buen trato en la intervención es lo que se establece en estos casos; además de poner en conocimiento de las autoridades competentes los hechos, para que ellos sí inicien las indagaciones correspondientes.

Paso 2:

La dirección contactará con los tutores legales del menor afectado por este fenómeno:

Consejería Estudiantil, el director o directora, tomará contacto con el padre, la madre o el/a encargado/a del cuidado del niño/a, pondrá en su conocimiento este hecho y solicitará su presencia inmediata. El hecho de no poder contactar a algún familiar no impedirá la realización de los siguientes pasos; sin embargo, es imprescindible que en todo momento se continúe intentando su contacto (COMPINA 2014, 25).

La experiencia en la institución ha demostrado que los padres y las madres en escasas ocasiones han podido ser contactados en el momento en que ocurren los hechos. Y cuando lo han sido no ha podido acudir con la prontitud esperada.

Paso 3:

La responsabilidad de la autoridad en la protección de los derechos del menor convierte a la misma en un ente vigilante, bajo cuya tutela ocurren los acontecimientos: “El Director/a verificará que se garanticen los derechos del niño/a y la representación legal de las acciones posteriores” (COMPINA 2014, 25). En cumplimiento de lo que dice la ley, la autoridad de la unidad educativa vigilará en todo momento el desarrollo del evento.

Paso 4:

El aviso a las autoridades deberá hacerlo el colegio en cuanto descubran los hechos:

El director o directora de la institución educativa pondrá en conocimiento este hecho, de manera inmediata, a la Junta de Protección de Derechos o a un/a Juez/a de Familia, Mujer, Niñez y Adolescencia, con el objeto de que se emitan las medidas de protección necesarias en favor del niño/a; en ningún caso se le privará de la libertad (COMPINA 2014, 25).

Al no privársele de la libertad de ninguna manera, es decir, al no poder retenerlo, el menor queda libre para reincidir; un punto este que tendría que ser revisado y modificado a la luz de los resultados que ha arrojado esta ruta. Un dato a tener en cuenta es que los menores son inimputables en la legislación penal ecuatoriana, tal como lo contempla el Código de la Niñez y la Adolescencia en sus artículos 305 y 307.

Paso 5:

El proceso lo lleva cabo la unidad educativa, cada acción que deba darse es su responsabilidad, tal como lo dice el paso cinco:

Si en la sustanciación del procedimiento administrativo de protección de derechos o el contencioso general tramitado por la Junta de Protección de Derechos o el/a Juez/a de Familia, Mujer, Niñez y Adolescencia, respectivamente, se llegara a conocer indicios de quién o quiénes son las personas que dieron al niño/a las sustancias estupefacientes y psicotrópicas, inmediatamente se pondrá en conocimiento de la Fiscalía estos hechos. El Departamento de Consejería Estudiantil, o la persona delegada por la autoridad, dará seguimiento a la situación del/la estudiante, con objeto de asistirlo en todo lo que fuere necesario para el ejercicio de su derecho a la educación y la protección integral de todos sus derechos. La institución educativa realizará las acciones que fueren necesarias para evitar que se divulgue en la comunidad educativa la identidad del/la estudiante, evitando así su estigmatización, discriminación y exclusión (COMPINA 2014, 25).

En ningún momento puede la escuela dejar el asunto en manos de los padres o de las autoridades, como si hubiera descubierto a un delincuente en sus dominios, debe acompañar y proteger al estudiante por ser infante y porque la drogadicción es una enfermedad y no un delito, tal y como lo contempla la normativa nacional vigente.

3.3. Rutas de atención y protección a los y las adolescentes en tenencia de sustancias estupefacientes y psicotrópicas

Esta ruta esta direccionada para los adolescentes en tenencia de sustancias estupefacientes y psicotrópicas. En la descripción de cada paso se establece la diferencia entre esta ruta y la anterior.

Paso 1:

Este es el momento en el que los adultos, el personal docente y administrativo, tiene que sopesar si se involucran o ignoran las evidencias de consumo, tenencia y hasta venta de drogas en su institución.

Si alguna persona de la comunidad educativa (autoridad, docente, madre/padre de familia, dirigente, inspector, etc.) identificare que un/a adolescente se encuentra en tenencia de sustancias estupefacientes y psicotrópicas deberá -de manera reservada- trasladarlo/a al Departamento de Consejería Estudiantil (si existiera), Dirección o Rectorado de la Institución, con el objeto de que se le brinde la protección y apoyo que requiera, y se maneje el caso sin revictimizarlo. No se interrogará al/a adolescente, ni tampoco se iniciará ningún tipo de investigaciones, lo que está reservado a la autoridad competente, que es la Fiscalía de Adolescentes Infractores (COMPINA 2014, 26).

La descripción de este paso permite concluir que es el mismo que en el numeral anterior, puesto que es la misma circunstancia, con la diferencia de que se avisa a la Fiscalía de Adolescentes Infractores y no a la Junta de Protección de Derechos o Juez/a de Familia, Mujer, Niñez y Adolescencia.

Paso 2:

La responsabilidad de la institución educativa no se traslada a otra entidad, ni siquiera a los padres, durante todo el proceso:

Consejería Estudiantil, o el/a delegado de la autoridad, a partir de la revisión de sus registros, o a través de la vía más efectiva, tomará contacto telefónico con el padre, la madre, o el/a encargado/a del cuidado del/a adolescente, pondrá en su conocimiento este hecho y solicitará su presencia inmediata. El hecho de no poder contactar a algún familiar no impedirá la consecución de los siguientes pasos; sin embargo, es imprescindible que en todo momento se continúe intentando su contacto (COMPINA 2014, 26).

En caso de no poder contactar con los tutores legales, alguien de la institución debe hacer el acompañamiento en tanto ellos llegan.

Paso 3:

En este paso la diferencia entre la ruta que se utiliza para el niño, niña y la ruta para el adolescente está precisamente en que el primero es para los infantes y el segundo es para los adolescentes. Porque el actuar de la autoridad de la institución educativa se limita a verificar que se garanticen los derechos de los niños/as y del/a adolescente según como corresponda y la representación legal de las acciones posteriores” (COMPINA 2014, 26).

Paso 4:

El aviso a las autoridades judiciales es una de las obligaciones que corresponden a la autoridad educativa:

El Director o Directora, Rector o Rectora de la institución educativa, de manera inmediata, pondrá en conocimiento de la DINAPEN o Policía Comunitaria este hecho, con el objeto de que dicha entidad operativa de protección de derechos custodie al/a adolescente y lo ponga a órdenes de un Juzgado de Adolescentes Infractores y presente el correspondiente parte policial a la Fiscalía de Adolescentes Infractores para que se inicien las correspondientes investigaciones (COMPINA 2014, 26).

Los adolescentes infractores, a diferencia de los niños, sí tienen capacidad para responder por sus actos; aunque, por supuesto, no se puede penalizar a un menor de edad por la tenencia uso y consumo de sustancias psicotrópicas y estupefacientes

Paso 5:

A pesar de que los hechos ya son conocidos por los organismos judiciales, es deber de quien dirige la unidad educativa velar por el bienestar del menor mediante una supervisión de los acontecimientos.

El director o directora, Rector o Rectora de la institución educativa velará porque además de este procesamiento, el Juzgado de Adolescentes Infractores emita las medidas de protección necesarias en favor del/a adolescente. Además estará pendiente de la realización del respectivo examen psicosomático del que se desprenderá si el/a adolescente es consumidor, y si la cantidad encontrada en su poder era “adecuada” para su consumo personal; de ser este el caso, y tomando en consideración que el consumo es una enfermedad, vigilará que la Fiscalía solicite la inmediata libertad, y luego de obtenerla reintegrará al/a adolescente a la institución educativa, brindándole todas las condiciones para que pueda ejercer su derecho a la educación (COMPINA 2014, 26).

A pesar de que el consumo ha sido probado a lo largo de este proceso, la autoridad educativa no puede expulsar al estudiante; hacerlo significaría una penalización para el estudiante y se debe tener en cuenta que esta ruta se enmarca dentro del enfoque de protección y prevención y así es como se debe actuar por tanto el estudiante deberá regresar a la rutina escolar. Con el fin de comprender la ruta de atención, se incorpora el Anexo 2

3.4. Los instrumentos

El COMPINA elaboró, junto a las directrices, los planes y las rutas, un conjunto de instrumentos que deben usarse en estos eventos, los cuales son:

1. Carta de compromiso entre padres/madres de familia y/o representantes legales, estudiantes y la institución educativa.
2. Acta de compromiso para representantes legales de los/as estudiantes.
3. Ficha de derivación de casos de la comunidad educativa u otros.
4. Informe social.
5. Informe de visita domiciliaria.

Todos estos instrumentos elaborados por el COMPINA y puestos a disposición de las unidades educativas de la ciudad de Quito han sido usados durante el proceso de implantación de este proceso que lucha por dar a los menores inmersos en la problemática de la drogadicción atención y protección.

4. Análisis de la implementación de los planes, rutas e instrumentos para la Protección Integral de Niños, Niñas y Adolescentes frente a las drogas en la Unidad Educativa Isabel Tobar

La Unidad Educativa Isabel Tobar implementa los planes, rutas e instrumentos de protección integral cuando identifica que en las instalaciones o en las inmediaciones del mismo, había episodios de consumo de productos estupefacientes y psicotrópicos y alcohol. Siguió los pasos tal como detalla el documento elaborado por del Consejo Metropolitano de protección de niños, niñas y adolescentes, con resultados pobres por no decir directamente negativos.

El menor, en la niñez o adolescencia, al verse descubierto en consumo o tenencia, no se muestra arrepentido o temeroso; en la realidad, los educadores y

autoridades se enfrentan a dos escenarios posibles: un menor que dice no es mío, yo no sé; en el segundo caso, a niños y adolescentes que se saben inimputables y que dicen que alguien se los dejó encargado y que no saben quién es. Si es para vender, están perfectamente aleccionados para responder a las preguntas de los adultos, aunque estos sean policías.

La obligación de contactar a los tutores legales del menor se convierte en una odisea, a menudo es misión imposible porque no contestan a los números de contacto que tienen registrado en la institución educativa e incluso en la experiencia de la unidad educativa Isabel Tobar, algunos padres con quienes se logra contactar manifiestan que asistirán cuando finalice la jornada laboral, con actitud negativa. En este caso los progenitores colocan toda la responsabilidad en la institución educativa.

Es, pues, evidente que el propio Consejo Metropolitano de protección de niños, niñas y adolescentes coloca sobre los hombros de la autoridad de la unidad educativa Isabel Tobar la vigilancia del desarrollo del acontecimiento, pero sin el concurso y la responsabilidad de los representantes legales.

Por otro lado, cuando los encargados de la unidad educativa Isabel Tobar llevan al menor a atención médica, tal y como dice la Ruta de Atención y Protección de los adolescentes en tenencia de sustancias psicotrópicas y estupefacientes, primero se encuentran con que los servicios de salud pública están colapsados, no hay turnos para atender estos casos; ya que el sistema de salud pública asigna las citas de atención para los pacientes vía Call Center; por tanto, no se atienden estos casos que no son planeados ni programados. Ante la negativa de atención al estudiante que ha sido encontrado en uso, consumo o tenencia de sustancias psicotrópicas o estupefacientes lleva entender que no se ha capacitado a personal para atender estos casos. La conclusión a la que se arriba es que el Consejo Metropolitano de protección de niños, niñas y adolescentes no consultó con el ministerio del Salud, ni llegó a acuerdos para capacitar al personal del sistema de atención de salud pública del Ecuador para priorizar la atención de estos casos.

Capítulo segundo

La drogodependencia en los menores, el marco legal en el Ecuador y la respuesta del Municipio de Quito a través de los planes, las rutas y los instrumentos de atención para la protección de niñas, niños y adolescentes

Este capítulo trata de las drogas que crean dependencia y de los niños y adolescentes que pueden consumirlas, hace una definición de acuerdo a lo que sostienen instituciones como la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud, además de otros varios autores, de lo que son las distintas sustancias que crean dependencia, un buen número de ellas de venta legal, aunque este trabajo se centra en las de venta ilegal.

Igualmente, se ocupa de abalizar la legislación que protege al menor en el país, desde la normativa a las políticas para pasa a estudiar el documento denominado planes, rutas e instrumentos que el Consejo Metropolitano de Protección integral de la Niñez y la Adolescencia ha elaborado para la problemática socioeconómica de la drogodependencia en las instituciones educativas de la ciudad de Quito.

1. Drogas que crean dependencia y drogadicción en adolescentes

El problema del consumo de drogas ilegales se ha agravado en el país, el actualmente desaparecido CONSEP, Consejo Nacional de Control de Sustancias Psicotrópicas y Estupefacientes, informó que en “el año 2012 la edad de consumo en los estudiantes estaba en los 14 años; en el 2008 a los 13 años, según encuestas realizadas a personas de 12 y 17 años” (El Universo 2015). .

El tema de la drogadicción requiere de un matiz, importante cuando se trata de determinar maneras de proteger a la población de este flagelo, y este es que las sustancias que poseen capacidad de crear dependencia no son todas de índole ilegal, entre ellas el alcohol, actualmente no tiene más restricción que la prohibición de venta a menores de edad, la que muchos dueños de comercio, especialmente tiendas de barrio, se saltan con la peregrina excusa de que si no les venden ellos alguien más lo hará. Por lo que uno de los aspectos a tomar en cuenta a la hora de afrontar el problema como

institución pública es que el Ecuador tiene una débil cultura legal, hay un palpable desconocimiento y una certeza de que no importa; no obstante que no saber no exime de la culpa en derecho.

Es importante, en aras de la claridad conceptual, empezar por la definición de droga desde un organismo de alcance planetario como la Organización Mundial de la Salud, la que ha elaborado un glosario que dice que droga es un:

Término de uso variado. En medicina se refiere a toda sustancia con potencial para prevenir o curar una enfermedad o aumentar la salud física o mental y en farmacología como toda sustancia química que modifica los procesos fisiológicos y bioquímicos de los tejidos o los organismos. De ahí que una droga sea una sustancia que está o pueda estar incluida en la farmacopea. En el lenguaje coloquial, el término suele referirse concretamente a las sustancias psicoactivas y, a menudo, de forma aún más concreta, a las drogas ilegales. Las teorías profesionales intentan normalmente demostrar que la cafeína, el tabaco, el alcohol y otras sustancias utilizadas a menudo con fines no médicos son también drogas en el sentido de que se toman, el menos en parte, por sus efectos psicoactivos (Organización Mundial de la Salud 2008, 33).

Las drogas, entonces, se dividen legales y en ilegales; es decir, en un grupo que se puede consumir porque o son de venta libre o las receta un profesional con licencia para ello, y las que no se deberían consumir bajo ninguna circunstancia, que son de expendio ilegal, aunque se consiguen en el mercado negro, y cuya venta constituye delito en los códigos penales de todos los países democráticos del planeta.

Un buen número de medicamentos, drogas legales, en algunas ocasiones pueden causar dependencia, como ejemplos pueden mencionarse: “Los analgésicos opiáceos, tales como el Vicodin, el OxyContin, el Percocet y la morfina, han creado una rápida catástrofe en Estados Unidos. Las prescripciones para estos analgésicos altamente adictivos, que básicamente te dan bajas dosis de heroína, han aumentado de manera impresionante desde principios de la década del 2000” (Sietecase 2014). Estos suelen ser recetados en casos concretos, cuando la circunstancia convertía su uso en una urgencia, pero siguieron usándose cuando esta dejó de ser tal.

Otro tipo son las benzodiacepinas, que en el mercado legal se venden como “el Xanax, el Klonopin y el Valium, han sido también altamente recetadas durante los últimos años. Normalmente son utilizadas para tratar ansiedad severa y ataques de pánico, pero son tomadas muchas veces por personas que realmente no las necesitan. Su efecto puede ser similar al efecto sedante el alcohol, pero con la ansiedad y la necesidad de aumentar la dosis que provocan los opiáceos” (Sietecase 2014). Estos nombres

comerciales aluden a pastillas que la población en todas partes consume con tranquilidad porque las receta un profesional con licencia, incluso hay sitios en los que se venden sin receta.

Un grupo especialmente sensible de medicamentos que crean dependencia son los usados para tratar el TDAH (Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad), puesto que se da a niños, que suelen ser diagnosticados en la temprana edad escolar. El uso de estimulantes como el Ritalin, el Adderall o el Concerta, supuestamente usados para tratar el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, ha crecido mucho durante la última década. Estas drogas se han vuelto un grave problema, sobre todo entre jóvenes y universitarios porque piensan que los ayuda a estudiar mejor; pero incluso profesionales presionados por mejorar su rendimiento los usan, los usan sin receta. "Estos medicamentos pueden causar alucinaciones y acelerar el ritmo cardiaco, y mientras más los consumas mayores son los problemas. Tomar altas dosis por largo tiempo puede provocar fuertes efectos psicológicos como paranoia, obsesividad, insomnio y arrancarse la piel" (Sietecase 2014).

Pero cuando los padres están desesperados por la situación de su hijo, no se detienen a pensar en los efectos secundarios de unos medicamentos que se supone que se los recetan con responsabilidad y profesionalismo. Igualmente, el público no sabe que con los medicamentos que provocan adicción lo más inocente puede resultar peligroso, es el caso del popular jarabe para la tos, que lo toman en su mayoría niños y adolescentes:

Si tu doctor te receta algún fuerte jarabe para atacar la bronquitis, la sinusitis o la fiebre del heno, ten cuidado. Estos jarabes contienen codeína, un opiáceo al que fácilmente puedes quedar enganchado. Incluso puede llegar a ser letal si se consume en cantidades elevadas. Esta es la droga que mandó a Lil Wayne al hospital y que la policía encontró en casa de Justin Bieber. Asegúrate de no exceder las dosis recomendadas y nunca las mezcles con alcohol, pues además de codeína este jarabe contiene un fuerte antihistamínico llamado prometazina, y la mezcla codeína-prometazina-alcohol puede conducirte a un paro respiratorio (Sietecase 2014).

Y solo es un jarabe para la tos, por tanto, legal y de apariencia anodina. También causan dependencia algunas pastillas para dormir como Ambien, que es "un medicamento muy efectivo para mandarte a dormir, pero es muy fácil volverte dependiente después de algunos días de uso. Una vez que empiezas a tomarlo regularmente es casi imposible poder dormir sin tomarlo. Si lo tomas por semanas,

meses o años, puedes llevar a tu cuerpo a un estado de insomnio que durará semanas” (Sietecase 2014). Los efectos secundarios tienen un menú de ansiedad, hambre y amnesia.

Por último, están los esteroides anabólicos, “que son variaciones sintéticas de la testosterona, son prescritos legalmente para tratar los efectos secundarios causados por bajos niveles de testosterona y para ayudar a ganar masa muscular en personas que se enfrentan a serias enfermedades como el cáncer y el SIDA. Sin embargo, son frecuentemente utilizadas por individuos sanos que quieren aumentar su volumen muscular” (Sietecase 2014). Aunque no se habla mucho de ello porque no provocan un vuelo (fase de placer intenso, conocida popularmente como vuelo o viaje), como los estupefacientes y psicotrópicos, los esteroides son altamente adictivos, lo que significa que modifican la química del cerebro, por lo que su uso continuo provocaría los conocidos cambios de estado de ánimo de las drogas, irritabilidad, agresividad y hasta paranoia, solo que sin el famoso subidón o vuelo.

Importante todo lo apuntado hasta aquí respecto a medicamentos que el público consume pensando que porque son legales son inofensivos, cuando lo citado dice que es al contrario: no obstante, el interés de esta tesis es el de las drogas ilegales, las que nunca se han expandido en farmacias y cuya venta es un delito punible.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud droga ilegal es una:

Sustancia psicoactiva cuya producción, venta o consumo están prohibidos. En sentido estricto, la droga en sí no es ilegal, lo son su producción, su venta o su consumo en determinadas circunstancias en una determinada jurisdicción (véase sustancias controladas). El término más exacto “mercado de drogas ilegales” hace referencia a la producción, distribución y venta de cualquier droga o medicamento fuera de los canales legalmente permitidos (Organización Mundial de la Salud 2008, 34).

La prohibición de estas sustancias se debe a la alta capacidad de adicción y a los efectos tan nocivos sobre los consumidores; por otro lado, los componentes de las drogas ilegales, por separado, son perfectamente legales, como por ejemplo los que se usan para procesar la hoja de coca: agua, óxido de calcio, sal común, gasolina, cal, ácido sulfúrico concentrado, permanganato potásico, sosa cáustica, acetona (HpSis 2017). Como se ve, productos de uso industrial muchos de ellos, otros de consumo común, los segundos de venta libre.

Las drogas ilegales son todos los productos que se expenden con distintas denominaciones y componentes sobre los que se han hecho estudios que demuestran los

grandes e irreversibles daños que provocan en el cerebro, algunos de manera instantánea; mas pese a que la ciencia lleva décadas investigando y socializado el resultado de esos estudios, el número de consumidores no hace más que crecer, los datos sobre consumo de sustancias estupefacientes y psicotrópicas suben en todo el mundo.

Cuando la ciencia comenzó a estudiar el comportamiento adictivo en la década de los treinta, se pensaba que las personas adictas a las drogas tenían una falla moral y falta de fuerza de voluntad. Esos puntos de vista formaron la respuesta de la sociedad al abuso de drogas, tratándolo más como un fallo moral que como un problema de salud, lo que puso el énfasis en las acciones punitivas en lugar de las preventivas y terapéuticas. Hoy, gracias a la ciencia, nuestros puntos de vista y respuestas al abuso de drogas han cambiado dramáticamente. Los descubrimientos innovadores sobre el cerebro han revolucionado nuestro entendimiento de la drogadicción, permitiéndonos responder eficazmente al problema (National Institute on Drug Abuse 2008, 1).

La ciencia presenta al comportamiento adictivo como un problema de salud y desde esta arista los planes, rutas, e instrumentos elaborados por el Consejo Metropolitano de Protección Integral del niño, niña y adolescente aborda el problema no con el afán de castigar, sino mas bien con el afán de dar un acompañamiento integral; quien no actúa bajo esta óptica, corre el riesgo de hacerlo desde al ámbito netamente moralista por tanto de alguien que le falta voluntad y esta visión no permite mirar a quien consume como una persona que necesita acompañamiento y tratamiento; sino más bien, como una persona que necesita ser castigada y si se hace de manera pública se convierte en espacio ejemplificante para los demás.

Hace menos de un siglo que el uso de drogas entró en el ámbito de la ciencia, hasta entonces se les atribuían diversas cualidades en cada cultura. Estaba dejando atrás la reputación de mediadora entre dos dimensiones que tuvo antes y la de tara moral que adquirió después:

La adicción se define como una enfermedad crónica del cerebro con recaídas, caracterizada por la búsqueda y el uso compulsivo de drogas, a pesar de las consecuencias nocivas. Se considera una enfermedad del cerebro porque las drogas cambian al cerebro: modifican su estructura y cómo funciona. Estos cambios pueden durar largo tiempo y llevar a los comportamientos peligrosos que se ven en las personas que abusan de las drogas (National Institute on Drug Abuse 2008, 5).

La adicción en algunas circunstancias se convierte en un círculo vicioso que provoca una gran cantidad de sufrimiento no solo a quien padece la dependencia, también, y a menudo en mayor medida, al entorno familiar de la persona enferma.

De acuerdo a la Organización Panamericana de la Salud:

Los daños causados por las drogas pueden ser el resultado de consumirlas durante un período breve -normalmente relacionado con intoxicación, incluidas las sobredosis- así como del uso durante un período prolongado, que puede conducir a la dependencia o a problemas sociales y de salud a largo plazo. La forma en que los usuarios se administran o consumen una droga también puede tener consecuencias para la salud. En particular, los usuarios que se inyectan drogas y comparten agujas y otra parafernalia con otros usuarios aumentan el riesgo al que están expuestos de transmitir o contraer la infección por el VIH y las hepatitis B y C y de sufrir infecciones en el sitio de inyección. La reutilización de agujas y jeringas sin limpiar también puede conducir a daños e infecciones en las venas (Organización Panamericana de la Salud 2009, 2).

La búsqueda del placer más intenso, el alivio del dolor y el olvido momentáneo de sí mismos son algunas de las respuestas que dan los adictos, todos efectos momentáneos que tienen un coste para el organismo. Precisamente por esta idea absurda de consumir algo que hace daño, la Organización Mundial de la Salud la definió como una enfermedad y no como una tara moral, es decir, la sacó del encajonamiento moralista para poder tratarla desde la racionalidad.

Los efectos nocivos que el consumo provoca pueden dividirse en varias categorías:

En el caso del alcohol, esto incluye la cirrosis hepática y otras enfermedades crónicas; en el caso del tabaco consumido en forma de cigarrillos, el cáncer de pulmón, el enfisema y otras enfermedades crónicas. Debido al uso compartido de agujas, el consumo de heroína inyectada constituye un importante medio de transmisión de agentes infecciosos, como el VIH y en varios países los virus de las hepatitis B y C (Organización Mundial de la Salud 2004, 12).

Las muertes por consumo de estos productos son incuantificables, imposibles de hacer una estadística, pues nunca se sabe si el accidente que provoca un conductor es porque estaba borracho o porque tenía resaca, por ejemplo; son las muertes colaterales, las que parecen accidentes producto del azar, de las que no se busca una causa ni se las vincula con las adicciones a estos productos.

Cannabis. En todo el mundo, el cannabis, comúnmente llamado marihuana, es la droga ilegal más ampliamente usada. Clasificada como un alucinógeno, el cannabis se asocia con una serie de riesgos para la salud. Si bien son posibles las sobredosis y la toxicidad, el cannabis entraña un riesgo muy bajo de causar la muerte. Sin embargo, las probabilidades pueden aumentar cuando se combina con otras drogas (Organización Panamericana de la Salud 2009, 5).

El mayor peligro de la marihuana es que la población piensa que no es peligrosa, por lo que su uso y abuso no está socialmente sancionado, la gente no reconoce los efectos adversos de esta hierba, a pesar de que la ciencia lleva años estudiándolos y poniéndoles en conocimiento del público. Esta actitud de despreocupación por el consumo de marihuana es particularmente marcada en los adolescentes:

El consumo de marihuana suele ser percibido por los y las adolescentes y jóvenes no solamente como inocuo para la salud, sino incluso con propiedades curativas. La introducción en el imaginario colectivo de la idea de que esta sustancia tendría efectos medicinales agrega elementos que validan su uso indiscriminado, sin considerar lo restringido que podría ser ese tipo de indicación médica de ser eventualmente comprobada (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito 2013, 7).

Desde luego que algunos lugares del mundo se utiliza marihuana en pastillas, aceite, ungüento también se ha logrado legalizar su utilización para aliviar el dolor, las náuseas y otros efectos secundarios (Krieger 2018); sin embargo se debe utilizar bajo prescripción médica no como alucinógeno, cuando se utiliza en estas circunstancias se pierde el sentido de efecto medicinal.

Esta franja etaria, que es la que interesa a este estudio, ha elaborado un conjunto de creencias alrededor de la marihuana, en el cual consumir esta hierba no solo no es contraproducente, es sano. Uno de los argumentos que utilizan es que es natural, es una droga que, a diferencia de la cocaína, por ejemplo, no lleva aditivos químicos, el proceso que lleva del cultivo al consumo es breve y natural, efectivamente. La marihuana es uno de los productos que se consumen en la zona del Parque Italia.

Cocaína. El uso de la cocaína, un estimulante, se asocia con una amplia gama de problemas físicos y mentales y con conductas de riesgo, como tener relaciones sexuales no seguras, que a su vez aumentan las probabilidades de que los usuarios y sus parejas contraigan enfermedades de transmisión sexual y virus transmitidos por la sangre. El uso repetido de dosis elevadas de cocaína puede llevar a la psicosis. Existe también un riesgo considerable de complicaciones tóxicas, sobredosis y muerte súbita, comúnmente provocada por insuficiencia cardíaca. La combinación con el alcohol aumenta considerablemente la toxicidad cardiovascular y hepática (Organización Panamericana de la Salud 2009, 5).

La cocaína es consumida por adictos con más recursos económicos debido a que es cara, que es probablemente la razón por la que no es la droga más consumida, pues cada grupo poblacional debe adaptarse a su capacidad adquisitiva: "Estimulantes de tipo anfetamínico (ETA). Los efectos de los estimulantes del tipo de las anfetaminas - anfetamina, dexanfetamina, metanfetamina y éxtasis- son similares a los de la cocaína, pero los perfiles farmacológicos de estas drogas son diferentes" (Organización Panamericana de la Salud 2009, 6).

Las anfetaminas se pusieron de moda hace tiempo en las fiestas, un subidón rápido. Se originaron en laboratorios, son las clásicas drogas de diseño que igual que provocan un vuelo rápido, matan también rápido, pues la sobredosis es un riesgo mayor.

Opioides. Los opioides son compuestos extraídos de las semillas de amapola. Tienen efectos en el organismo similares a los de la morfina y reducen el dolor al desacelerar las funciones del sistema nervioso central. Tanto los opioides prescritos legalmente como las versiones "callejeras" -la heroína y el opio- pueden generar numerosos problemas de salud. Las personas que usan opioides recetados corren un riesgo particular si usan las drogas con más frecuencia o en dosis más elevadas de lo prescrito. Se produce una sobredosis cuando la cantidad de opioide deprime el centro respiratorio y esto puede hacer que el usuario caiga en coma y muera. El riesgo de sobredosis es considerablemente mayor cuando el usuario también consume alcohol o toma otros sedantes (Organización Panamericana de la Salud 2009, 6).

Son poco conocidas en el medio ecuatoriano estas drogas, el que cuenta con marihuana y otros productos baratos más acordes a la capacidad adquisitiva de la población.

Inhalantes/solventes volátiles. Los inhalantes, o solventes volátiles, se clasifican como depresores. Se los encuentra en muchos productos de uso doméstico o empleados en el lugar de trabajo: encendedores, botes de recarga, aerosoles, pegamentos basados en solventes, diluyentes químicos, líquidos correctores y líquidos para limpieza en seco. Los inhalantes se asocian con una serie de efectos graves, tanto a corto como a largo plazo. La inhalación de grandes cantidades puede causar confusión y desorientación, articulación confusa de las palabras, debilidad, temblores y alucinaciones visuales. En última instancia, el uso de inhalantes puede provocar el coma o la muerte debido a un ataque cardíaco (Organización Panamericana de la Salud 2009, 7).

Los inhalantes sí tienen en el Ecuador un mercado amplio de consumidores, debido a su bajo costo. Es un tipo de droga que consumen los marginados, los que en un buen porcentaje no tienen ni dónde vivir. Se ve mucho en el país el consumo en niños

de la calle y en personas que viven en los portales, sienten que les quita el hambre y el frío.

El éxtasis (MDMA), un alucinógeno y estimulante del tipo de las anfetaminas, se asocia con una serie de trastornos muy poco frecuentes, pero que ponen en peligro la vida, tales como:

- Alteraciones del equilibrio entre el sodio y el agua corporal
- Daño hepático
- Hemorragia cerebral
- Hipertermia (temperatura corporal muy alta)

El éxtasis también puede llevar a problemas crónico de salud mental, como deterioro de la memoria, depresión, trastornos de pánico, delirio e imágenes retrospectivas. Hay datos crecientes que prueban que el éxtasis es una neurotoxina que provoca daño neurológico en el cerebro (Organización Panamericana de la Salud 2009, 8).

El éxtasis es otra droga de laboratorio que ha causado graves e irreparables daños a jóvenes en todo el mundo, pues se expenden como la pastillita de la diversión en fiestas y lugares nocturnos de ocio, y su riesgo de sobredosis es uno de los más elevados.

Una forma particularmente peligrosa de consumir drogas es el método de la inyección; no todas las drogas pueden usarse de esta manera, pero sí algunas de ellas, es esto también cuestión de preferencias del adicto. Y lo que hace más riesgosa la elección de la jeringuilla como método de consumo es que los adictos comparten estas. La Organización Panamericana de la Salud considera que existe un:

Mayor riesgo de desarrollar dependencia. Las personas que se inyectan drogas aumentan el riesgo de volverse dependientes; también es más probable que se vuelvan severamente dependientes, en comparación con los usuarios que consumen la droga usando otro método. Mayor riesgo de contraer enfermedades e infecciones transmitidas por la sangre. Las personas que comparten agujas con otros usuarios o que utilizan equipos contaminados cuando se inyectan drogas aumentan considerablemente el riesgo de contraer enfermedades transmitidas por la sangre, como la infección por el VIH/SIDA y las hepatitis B y C, y corren un riesgo mayor de contraer infecciones en el sitio de inyección (Organización Panamericana de la Salud 2009, 8).

Si el consumo de drogas vía oral ya es tóxico y peligroso, el inyectársela multiplica varias veces esos riesgos y agrega otros, como el contagio y la transmisión de enfermedades a través de la sangre. El SIDA, por ejemplo, tuvo en este hábito una de sus formas más comunes de contagio.

En Ecuador el informe del Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas (CONSEP), que da a conocer los resultados de la Cuarta Encuesta Nacional sobre uso de drogas en estudiantes de 12 a 17 años presenta cifras alarmantes sobre los hábitos de consumo de estupefacientes y psicotrópicos en esa franja etaria. Las estadísticas presentadas por Cuarta Encuesta Nacional develan que “desde 1998 el consumo de drogas como el crack, el opio, la morfina, drogas vegetales (ayahuasca, hongos, entre otros) se ha incrementado en un 8,7% en adolescentes de colegios en el Ecuador” (El Telégrafo 2013). Altas cifras para edades tan bajas.

2. El enfoque que tiene la protección al menor en la legislación ecuatoriana

En un Estado de derecho la protección del menor es, sin duda, una de las principales prioridades que tiene el gobierno, de cualquier signo ideológico que este sea; mas en el Estado de derechos ecuatoriano la situación del menor no termina de encajar en lo que sería una política pública coherente y constructiva, protectora de la niñez y de la adolescencia, esto es así a pesar de que en cuanto a declaraciones y firmas de tratados internacionales el país está siempre en primera fila. Ecuador fue uno de los primeros signatarios de la Convención de los Derechos del Niño (UNICEF, 1989).

La normativa, no obstante, está cambiando en el tema de protección a menores, es así que, de acuerdo a información de diario El Telégrafo (2016, prensa estatal):

Seis leyes protegen a los niños y adolescentes en casos de violencia sexual, psicológica y física a nivel nacional e internacional. Las normativas dictan medidas legislativas, sociales, administrativas y judiciales para defensa de los menores que son abusados o explotados. Estas disposiciones legales están contenidas en la Convención sobre los derechos de los niños, en el Protocolo facultativo de la convención sobre los derechos del niño relativo a la venta de niños, prostitución infantil y la utilización de niños en la pornografía (El Telégrafo 2017).

A la luz de los acontecimientos conocidos en los últimos meses, que son ya una sangría de casos de abuso sexual perpetrados contra niños de educación inicial hasta adolescentes, poco ha hecho esta normativa por el bienestar del menor en cualquier aspecto, pero de manera enfática en lo que tiene que ver con la violencia de carácter sexual, la que se encubierto largamente en muchas instituciones educativas, y la que no ha tenido hasta ahora consecuencias legales penales para los infractores, en muchos casos ni siquiera han sido separados de sus puestos de trabajo.

La percepción que se tiene al leer prensa y escuchar noticias en que en este tema todo es impunidad: “La asambleísta Silvia Salgado, presidenta de la Comisión AAMPETRA, organismo encargado de investigar casos de abuso sexual a niños y adolescentes en el sistema educativo, dijo que las cifras actuales sobre estos casos reflejan que los menores se encuentran en estado de vulnerabilidad” (El Telégrafo 2017). En claro estado de vulnerabilidad y desprotección por parte de quienes deberían protegerlos, quienes cuando sospechan que un abuso está ocurriendo miran para otro lado, siendo encubridores, sobre lo que la administración de justicia no se ha pronunciado.

El abuso sexual es uno de los abusos más complejos de tratar, y el más dañino de todos ellos, pues destruye al ser humano desde dentro, además, la recuperación del individuo abusado es muy difícil, pues la naturaleza oculta del tipo de abuso lo ha convertido en tabú, y la sociedad ecuatoriana no está preparada para reconocer la frecuencia con la que ocurre y el daño que hace.

En el tema específico de las drogas, el Ecuador adoptó en 2012 un nuevo enfoque en el tratamiento de este tema desde las entidades estatales, ya que hasta la actualidad se trataba con la misma contundencia penal al consumidor y al traficante, sin distinguir al uno del otro.

En el Ecuador, como en la mayor parte de los países de América Latina, las políticas de drogas han tenido y tienen un marcado corte interdictivo. Este tipo de política que no distingue ni a las drogas, ni a quienes las poseen, criminaliza como grandes narcotraficantes a microcomerciantes y consumidores imponiéndoles altas penas, incluso superiores a delitos tales como el homicidio o la trata de personas, recordando además que todas las penas por drogas se pueden acumular hasta 25 años (Observatorio Nacional de Drogas / Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas 2013, 1).

En el ámbito internacional el debate sobre la necesidad de discriminar plenamente al consumidor y al traficante y despenalizar la actividad del primero, se inició desde hace algunas décadas, y es en esta discusión donde se generaron los criterios de las cantidades umbrales, los que son criterios técnico jurídicos que se adoptan y modifican por los cuerpos legislativos donde se aplica. Por otro lado, el establecimiento de este tipo de cantidades difiere de acuerdo a los criterios de análisis adoptados, que pueden ir desde el peso en gramos, a la pureza y toxicidad de la droga (Organización Mundial de la Salud / Organización Panamericana de la Salud 2005).

Lo que pretende este debate es instar a las naciones a abandonar el enfoque prohibicionista que Estados Unidos impulsa y estudiar las ventajas y los resultados de las políticas que implementaron algunos países de Europa, basados en la reducción de daños.

El Transnational Institute (TNI) aportó algunos principios rectores originales del nuevo paradigma presentado por la comisión. En general, el desafío es encontrar un equilibrio entre, por un lado, la protección de la salud pública mediante la implementación de determinados controles, y, por otro, las consecuencias negativas que generan los controles represivos. El objetivo es lograr un sistema global que proteja el bienestar de la humanidad mediante el control de las sustancias potencialmente nocivas, pero con la flexibilidad suficiente para respetar las diferencias socioculturales y poniendo límites a la represión a los consumidores, los campesinos y los pequeños traficantes. A continuación se enumeran los principios sostenidos por el TNI, para luego pasar al análisis de las políticas alternativas de reducción de daños y las experiencias de diferentes países.

La protección de los consumidores se hace desde el punto de vista médico, puesto que este los considera como enfermos a los que hay que tratar, en cambio el otro enfoque los asume como delincuentes; dos visiones contrapuestas e irreconciliables. La Organización de las Naciones Unidas, hasta hace pocos años defensora a ultranza de la penalización, se pronunció a partir de 2014 a favor de la despenalización, aunque no se puede decir que haya hecho un cambio radical en su posición:

Uno de los últimos informes de la Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD) recuerda que el objetivo "no es librar una guerra contra las drogas sino proteger la salud física y moral de la humanidad" y sostiene que los tratados de combate al comercio y consumo ilícito de drogas "no pueden interpretarse como justificación, y mucho menos como exigencia de un régimen prohibicionista" (Rudich 2014).

La lucha contra las drogas desde la prohibición absoluta no ha dado resultados, en muchos países las cifras de consumo y, por extensión, de tráfico, crecen, con el consiguiente problema de salud pública. En Europa, por otra parte, existe un caso paradigmático de despenalización del consumo, en Portugal, que hace más de quince años emprendió un experimento que en ese tiempo era una posición nueva, progresista y, como no, también controvertida: "Portugal decidió cambiar por ley en abril de 2001 cárcel por multa en los casos de compra y posesión de droga para consumo personal durante 10 días; de delito a violación administrativa. Una situación muy portuguesa que viene a ser 'está prohibido, pero se puede hacer'" (Martín del Barrio 2016).

Fueron muchas las voces que se alzaron para pronosticar una catástrofe social y sanitaria creada por la inconveniencia de esta medida, no obstante: “Quince años después, el caso portugués se sigue como ejemplo internacional, no tanto por el cambio legal, similar al de otros países como España, incluso más recatado, sino porque fue acompañado de programas y servicios públicos de ayuda a los drogodependientes” (Martín del Barrio 2016).

Es por lo expuesto es que en el país el CONSEP plantea en 2013 la necesidad de establecer una tabla de pequeñas cantidades denominadas máximas admisibles, que despenalizan la tenencia para consumo de drogas; a la vez, esas cantidades serán la guía de los administradores de justicia, que podrán discernir a partir de ella ente un consumidor y un traficante o, lo que es lo mismo, entre un enfermo y un delincuente:

Esta tabla recogida en la Resolución 001 CONSEP-DC-2013, publicada en Registro Oficial el 20 de junio de 2013, fue presentada por el Consejo Directivo del CONSEP, presidido por el Procurador General del Estado e integrado por siete Ministerios y la Secretaría Ejecutiva del CONSEP. Esta Resolución y la tabla fueron construidas sobre la base de un informe técnico del Ministerio de Salud Pública, en el cual se establecen criterios biológicos, psicológico, sobre toxicidad, entre otros (Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas 2013, 1).

No obstante las argumentaciones técnicas basadas en lo que sostiene la Organización Mundial de la Salud, la OMS y la experiencia de algunos países europeos, esta normativa aplicada a la realidad nacional en realidad ha estimulado el consumo, por tanto, la oferta de la misma se ha ampliado de manera contundente, puesto que al despenalizar la posesión de pequeñas cantidades el denominado micro tráfico creció exponencialmente, y esta vez al amparo de la propia ley. Es así que los consumidores, envalentonados por una legalidad que consta en los códigos, consumen en cualquier lugar, sin esconderse y exponiendo ante quienes les recriminan sus actos que son enfermos y que les conculcan los derechos. Los derechos de quienes no consumen han quedado subsumidos en los de quienes consumen y en los de quienes venden.

Por esa despenalización y esas instrucciones contenidas en la tabla, que dicen que llevar tantos gramos es legal, cuando la Policía atrapa *in fraganti* a un vendedor no puede hacer su trabajo, pues la tabla legaliza que alguien posea en cantidades mínimas, con la excusa de que es para consumo propio, lo que antes estaba penalizado. Es así como los que venden han aprovechado esa tabla para ampliar grandemente su mercado. Si algo puede decirse de las normas y las políticas respecto a los menores y las drogas

es que ha sido errática y no tiene una ilación bajo el eje de protección real al menor, aunque sin duda, como se verá más adelante, se ha legislado al respecto en más de un sentido.

Analizando lo que ocurre en Ecuador a partir de la puesta en vigencia de la tabla con lo que ocurrió en Portugal con una situación parecida, de hecho, la despenalización portuguesa es aún mayor, la diferencia es que allí se acometió de manera simultánea una ambiciosa política pública de prevención de consumo, es decir, una política de reinserción social seria y sostenida en el tiempo. En el país ha fallado esto último, puesto que no se les da la opción de la rehabilitación porque no hay infraestructura para ello. El sistema de salud pública, con todo y que ha crecido en infraestructura y en personal, se encuentra desbordado. La población ha crecido y la inmigración pobre usa la salud gratuita. Por otro lado, es también una cuestión de desarrollo social, de que la gente sepa que sus derechos no pueden conculcar los de los demás, es decir, de cultura jurídica.

2.1. Normativa

Tal y como mencionaba la información del diario El Telégrafo citada en párrafos inmediatamente anteriores, son varios los cuerpos legales que se ocupan de la protección al menor, y esta es en todos los ámbitos, es decir, en la letra de la normativa se pretende una protección integral a niñas, niños y adolescentes.

En lo que concierne al tema de uso, consumo y dependencia de alcohol y sustancias estupefacientes, en esta investigación se van a analizar uno a uno estos textos, empezando por la norma suprema, el marco que prescribe el espíritu y el camino por el que transitan todos los demás cuerpos legales.

Constitución de la República del Ecuador

Determina en el título segundo, capítulo tercero, sección quinta, “Niñas, niños y adolescentes”, en el artículo 46, numeral 5, que el Estado ecuatoriano, entre cosas, tomará medidas que aseguren a niñas, niños y adolescentes “Prevención contra el uso de estupefacientes o psicotrópicos y el consumo de bebidas alcohólicas y otras sustancias nocivas para su salud y desarrollo” (Asamblea Constituyente 2008). Las medidas tendrían que verse en las políticas estatales y los programas elaborados para estos fines, lo que más adelante se analizará si es efectivamente así.

Y el artículo 364 se refiere a las adicciones en general como un problema de salud pública, que aunque no trata específicamente de menores, están contenidos todos aquellos niños y adolescentes que hayan caído en ello:

Al Estado le corresponderá desarrollar programas coordinados de información, prevención y control del consumo de alcohol, tabaco y sustancias estupefacientes y psicotrópicas; así como ofrecer tratamiento y rehabilitación a los consumidores ocasionales, habituales y problemáticos. En ningún caso se permitirá su criminalización ni se vulnerarán sus derechos constitucionales (Asamblea Constituyente 2008).

La última oración, pese a provenir de una recomendación de la Organización Mundial de la Salud, que en 2004 presentó un autorizado informe en el que define al alcoholismo y a la drogadicción como enfermedades, por tanto, imposibles de ser tipificadas, está causando malestar en la sociedad, pues el consumidor es ahora libre de consumir en todos los espacios públicos que quiera.

Desde la entrada en vigencia de esta carta magna los jóvenes se permiten consumir drogas y alcohol a las puertas de cualquier comercio u oficina, y cuando los propietarios o empleados intentan echarlos de allí, aducen su derecho al consumo y su vulneración de derechos de manera violenta y amenazando a quienes osan pedirles que no liben o no consuman drogas cerca de sus locales. Esta frase ha puesto los derechos de los consumidores por encima de los que no consumen.

El problema parece radicar en que este colectivo entiende que tiene derechos, mas no deberes. Consumir droga en cualquier sitio no debería estar permitido. Pero ni la propia Policía se involucra cuando es así, también justificándose en que no está penalizado y aduciendo derechos humanos de los drogadictos. En el Parque Italia, los jóvenes que son encontrados consumiendo reaccionan airados, pues les ha quedado claro que no es un delito. Entonces, esta sentencia de la Constitución ha hecho mucho daño a la convivencia, pues los consumidores se envalentonaron, la Policía tiene las manos atadas por los derechos humanos y se quita de en medio, quedando la ciudadanía en el desamparo.

Código de la Niñez y Adolescencia

Este cuerpo legal en su artículo 1 expone que trata “sobre la protección integral que el Estado, la sociedad y la familia deben garantizar a todos los niños, niñas y adolescentes que viven en el Ecuador, con el fin de lograr su desarrollo integral y el

disfrute pleno de sus derechos, en un marco de libertad, dignidad y equidad” (Congreso Nacional 2003).

Ya en el artículo 27, que trata del derecho a la salud, determina en su último párrafo que “Se prohíbe la venta de estupefacientes, sustancias psicotrópicas y otras que puedan producir adicción, bebidas alcohólicas, pegamentos industriales, tabaco, armas de fuego y explosivos de cualquier clase a niños, niñas y adolescentes” (Congreso Nacional 2003). Hay que recordar que todos estos elementos tienen prohibición de venta general, algunos de ellos pueden ser comprados bajo ciertas condiciones con requisitos muy restrictivos, que dejan fuera al público en general.

En el Ecuador el menor de edad se encuentra exonerado de responsabilidad en la comisión de cualquier delito, es decir, este no tiene que hacerse responsable de sus actos, así lo determina el artículo siguiente del Código de la Niñez y Adolescencia:

Art. 66.- Responsabilidad de los niños, niñas y adolescentes.- Los niños y niñas están exentos de responsabilidad jurídica. Por sus hechos y actos dañosos, responderán civilmente sus progenitores o guardadores en los casos y formas previstos en el Código Civil.

Los adolescentes son responsables por sus actos jurídicos y hechos ilícitos, en los términos de este Código. Su responsabilidad civil por los actos o contratos que celebren se hará efectiva sobre su peculio profesional o industrial o sobre los bienes de la asociación que representen de acuerdo con lo prevenido en el artículo anterior, según sea el caso (Congreso Nacional 2003).

El caso de las instituciones educativas con esta normativa es realmente perjudicial, pues los jóvenes y niños son realmente intocables. En la actualidad está prohibido sancionar a los menores más allá de unos pocos días de sin poder asistir a clases. No hay expulsión, por tanto, las autoridades están atadas, no pueden ejercer ninguna autoridad sobre chicos que saben que en pocos días volverán a clases. A repetir una conducta sancionable no sancionada porque lo prohíbe la ley.

Sobre lo apuntado hay que considerar el marco legal de la educación, es así que el Reglamento General a la Ley Intercultural, en su capítulo IV, “De las faltas de los estudiantes”, cuyo artículo 330 contempla que los establecimientos educativos deben corregir y prevenir la comisión de faltas de los estudiantes, de acuerdo a lo que determine la autoridad educativa nacional; asimismo, establece la firma de una carta de compromiso de parte de los representantes legales de los menores, cuyo texto compromete a los estudiantes a no cometer actos de indisciplina (EC. Asamblea Nacional 2012). Sin embargo, la firma de la carta de los representantes no garantiza el

buen comportamiento de los estudiantes. El hecho de realizar una acta compromiso para mejorar el comportamiento hace pensar que no se ha avanzado nada en el ámbito jurídico, porque caemos una vez más en mirar a quien consume como una persona con falta de voluntad y no como una persona enferma que necesita del acompañamiento debido.

De igual manera, estipula grados o niveles de las faltas: en leves, graves o muy graves. La acción de consumo de drogas ilegales y alcohol, prohibido para los menores en todas las legislaciones, está contemplado como una falta grave en este artículo: “Consumir alcohol, tabaco o sustancias estupefacientes o psicotrópicas ilegales dentro de la institución educativa”. Y como falta muy grave: “Comercializar o promover dentro de la institución educativa alcohol, tabaco o sustancias estupefacientes o psicotrópicas ilegales”.

El mismo reglamento contempla las sanciones:

2. Para faltas graves. Además de las acciones establecidas en el literal anterior, para este tipo de faltas, la máxima autoridad del establecimiento educativo debe aplicar, según la gravedad de la falta, la suspensión temporal de asistencia a la institución educativa, por un máximo de quince (15) días, durante los cuales el estudiante deberá cumplir con actividades educativas dirigidas por la institución educativa y con seguimiento por parte de los representantes legales.

3. Para faltas muy graves. Para las faltas muy graves, además de aplicar las acciones establecidas en los literales anteriores, la máxima autoridad del establecimiento debe sustanciar el proceso disciplinario y remitir el expediente a la Junta Distrital de Resolución de Conflictos para la aplicación, según la gravedad de la acción, de una de las siguientes acciones: i. Suspensión temporal de asistencia a la institución educativa por un máximo de treinta (30) días, con acciones educativas dirigidas. Esta medida conlleva la participación directa de los representantes legales en el seguimiento del desempeño del estudiante suspendido; o, ii. Separación definitiva de la institución educativa, lo que implica que el estudiante debe ser reubicado en otro establecimiento. La reubicación en otro establecimiento educativo no implica perder el año lectivo. En el caso de faltas muy graves por deshonestidad académica, se debe proceder directamente a la separación definitiva de la institución educativa (EC. Asamblea Nacional 2012).

En la falta muy grave cabe la posibilidad de que el estudiante infractor sea expulsado de la institución, es decir, por la venta de estos productos al interior del establecimiento siempre y cuando haya un debido proceso.

No en todos los ordenamientos jurídicos de los países democráticos se exonera a los menores de la culpa o la responsabilidad en la comisión de actos que vayan en contra de la ley, por ejemplo, en Europa hay notables diferencias en la normativa de país a país:

Así, existen numerosas diferencias entre los distintos ordenamientos jurídicos europeos: desde los ocho años en Escocia a los 18 en Bélgica, pasando por los 14 en España y Alemania o los diez en Inglaterra.

Suiza, el más bajo, con 7 años. Por otra parte, Suiza no considera penalmente responsables a los niños menores de siete años, pero regula un régimen sancionador diferente para niños de siete a 14 años, con penas más bajas, y para adolescentes de 15 a 18 años. Normalmente, este país apuesta por medidas de reinserción, terapéuticas y educativas, aunque en los casos más graves los menores pueden ser internados en un centro (La Información 2016).

En un punto intermedio se encuentra Suecia, cuyo sistema de justicia penal juvenil prevé una edad mínima de responsabilidad penal, que se alcanza al cumplir los 15 años. En el caso de Bélgica, aunque considera a los menores de 18 años penalmente irresponsables, regula el internamiento en régimen cerrado reservado a mayores de 12 años; mientras que en Grecia, los niños menores 13 años no pueden ser considerados penalmente responsables de un delito y sólo pueden ser objeto de medidas educativas. Francia, a partir de 13 años (La Información 2016).

En Francia, por otra parte, la edad penal se ha fijado en 13 años y existe un régimen civil especial para los menores de 13, a los que la policía puede interrogar cuando han sido detenidos. En definitiva, cada nación ha ido adaptando su normativa a la situación de sus menores, al desarrollo de su sociedad y a su tiempo.

Enfocando el análisis en lo nacional, en el *Código de la Niñez y Adolescencia*, el artículo 78, que se cita a continuación, considera que los menores tienen derecho a ser protegidos de la exposición a circunstancias que propician el uso, consumo y dependencia de bebidas espirituosas y sustancias estupefacientes y psicotrópicas: “Derecho a protección contra otras formas de abuso.- Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a que se les brinde protección contra: 1. El consumo y uso indebido de bebidas alcohólicas, tabaco, estupefacientes y sustancias psicotrópicas” (Congreso Nacional 2003). Lo que no considera este texto legal es que el menor también debe ser sujeto de atención y escrutinio policial y, por supuesto, de responsabilidades. La experiencia ha demostrado que los delincuentes, los vendedores de droga específicamente, usan menores para eludir la ley.

Ley Orgánica de Educación Intercultural (LOEI)

La LOEI, en el artículo 3, numeral n, manifiesta que los menores tienen garantizado el acceso a la información de medios diversos y libres: “La garantía de acceso plural y libre a la información y educación para la salud y la prevención de enfermedades, la prevención del uso de estupefacientes y psicotrópicos, del consumo de bebidas alcohólicas y otras sustancias nocivas para la salud y desarrollo (Asamblea Nacional 2011).

Esta misma norma, en artículo 132, relativo a las prohibiciones, en el que, entre otras cosas, se prohíbe incumplir el calendario escolar, falsificar títulos y notas, hacer política partidista dentro de las instalaciones, ser mediocre, dar vacaciones cuando no corresponde oficialmente, no obedecer a las autoridades, ser racista .etc., etc., sobre el tema de las drogas prohíbe: “Incentivar, publicitar o permitir el consumo o distribución de tabacos, bebidas alcohólicas, narcóticos, alucinógenos o cualquier tipo de sustancias psicotrópicas o estupefacientes (Asamblea Nacional 2011). Prohíbe permitir el consumo; no obstante, deja a las autoridades educativas sin herramientas para llevar a cabo la misma, cuando no les permite sancionar al estudiante de manera ejemplarizante cuando este expende o consume en las instalaciones.

Código Orgánico Integral Penal (COIP)

El Código Orgánico Integral Penal, texto que refunde el contenido del antiguo código penal y, en teoría, actualiza algunos delitos, sigue una corriente internacional de protección de menores, la que considera a estos inimputables, aunque sí es posible exigirles cierta responsabilidad, la que se maneja de acuerdo al *Código civil*, no al penal, tal como lo dice en su artículo 38: “Personas menores de dieciocho años.- Las personas menores de dieciocho años en conflicto con la ley penal, estarán sometidas al Código Orgánico de la Niñez y Adolescencia” (Asamblea Nacional 2014). Es decir, aunque un menor esté vendiendo sustancias prohibidas, no puede recibir por ello más que una sanción administrativa. Y esta debe, obligatoriamente, ser leve porque es un menor.

Ley Orgánica de Salud

Esta ley declara en su artículo 38 que el consumo de tabaco, alcohol y sustancias estupefacientes y psicotrópicas no recetadas y controladas por profesionales de la medicina constituyen un problema de salud pública. Pero, igual que los anteriores, es una declaración general que no se refiere a los niños aunque, sin duda, los contiene.

Art. 6.- Es responsabilidad del Ministerios de Salud Pública: (...)

10. Emitir políticas y normas para regular y evitar el consumo del tabaco, bebidas alcohólicas, y otras sustancias que afectan la salud. (...)

22. Regular, controlar o prohibir en casos necesarios, en coordinación con otros organismos competentes, la producción, importación, comercialización, publicidad y uso de sustancias tóxicas o peligrosas que constituyan riesgo para la salud de las personas (Congreso Nacional 2006).

La elaboración de las políticas públicas, en teoría consensuada con la población, debido a que es la forma cómo los gobiernos responden a sus conciudadanos de manera directa. Charles Lindblüm dice sobre este fenómeno que “En el mundo democrático liberal, las dos cuestiones más sobresalientes sobre la política gubernamental se centran en su eficacia en la solución de problemas y en el grado de respuesta al control popular” (Lindblüm 1991, 10). Y es popular porque las políticas públicas funcionan en un régimen democrático, en el que los gobernantes tienen la obligación de transar con el electorado, al respecto dicen Martín Jaime y otros que:

Las políticas públicas en un régimen democrático ocurren en el marco definido por la concepción ya presentada de “democracia”. En general, a diferencia de los regímenes autoritarios, la democracia supone una multiplicidad de “actores de veto” en la toma de decisiones sobre políticas públicas. Los actores de veto son aquellos cuyo acuerdo es requerido para aprobar una decisión que modifique el statu quo (Martín Jaime, y otros 2013, 21).

Los electores son los que aprueban o desaprueban algunos temas, es decir, tienen un rol en la definición de los temas, también son los que solicitan la inclusión de un asunto o de otro en la agenda, de acuerdo a sus necesidades coyunturales, tal es el caso de los servicios públicos como el transporte, el alcantarillado o la normativa sobre la discapacidad, por mencionar unos pocos ejemplos.

A propósito de las consideraciones sobre las políticas públicas, hay que decir que en Ecuador a la implementación de la tabla de drogas no la acompañó el desarrollo de una política pública elaborada con la participación de los diversos sectores de la sociedad civil, que en la actualidad se sienten perjudicados por este fenómeno.

En cambio el artículo 47 sí se refiere a los menores, en cuanto declara que: “Se prohíbe la distribución o entrega de bebidas alcohólicas, sea a título gratuito u oneroso, a personas menores de 18 años; así como su venta y consumo en establecimientos educativos, de salud y de expendio de medicamentos” (Congreso Nacional 2006). En términos generales, la venta de bebidas alcohólicas a menores está prohibida en todo el mundo occidental, pero el límite de la minoría no es el mismo en todos estos países. Por otro lado, no dice nada de cuando son los menores los que expenden esos productos.

Código civil

El libro IV del *Código civil*, en tres artículos, trata de la inimputabilidad de los menores y de la responsabilidad de los adultos a cuyo cuidado se encuentran estos en el momento en que cometan los actos reprobables.

Art. 2219.- No son capaces de delito o cuasidelito los menores de siete años, ni los dementes; pero serán responsables de los daños causados por ellos las personas a cuyo cargo estén, si pudiere imputárseles negligencia.

Queda a la prudencia del juez determinar si el menor de diez y seis años ha cometido el delito o cuasidelito sin discernimiento; y en este caso se seguirá la regla del inciso anterior.

La imputación de negligencia solo es una posibilidad, que en la actualidad, ante las garantías constitucionales y el irrestricto respeto a los derechos humanos que debe observar la policía, no hay manera de que los niños o sus padres respondan ante la justicia. Los menores saben que no pueden ser imputados bajo las leyes actuales, de hecho, son muchos los grupos que venden la droga usando a niños por esa razón. La captación de los menores por parte de los narcos tiene varios métodos, en ocasiones los convierten en drogodependientes para que accedan a vender para así pagarse su consumo (El Universo 2014). Las edades de los menores involucrados en el microtráfico pueden ser tan bajas como los ocho años, pero en general van de los 12 a los 17.

Según las cifras nacionales de la Policía y el Ministerio del Interior, el número de menores de edad inmersos en hechos de narcotráfico se duplicó en los últimos dos años. “En el 2013, la cantidad de adolescentes entre 12 y 17 años aislados por tráfico, tenencia y delitos conexos al narcotráfico fue de 941. En el 2014, esta cifra se elevó a 1 125” (Viña 2015). Los narcos utilizan a los menores debido a la inimputabilidad de estos, pues cuando son descubiertos solo obtienen una sanción leve, es el caso de un adolescente en un colegio quiteño, suspendido 30 días por vender drogas: “La Ley Orgánica Intercultural Bilingüe (art. 330) detalla que la venta de drogas es una falta “muy grave”. En esos casos, dispone informar a las direcciones distritales. Allí se conforma una Junta de Resolución de Conflictos, que puede suspender al estudiante hasta 30 días. Y en ningún caso se aplicará la expulsión” (Ortiz 2016). Ni siquiera los pueden expulsar.

No obstante que el texto del artículo siguiente, la responsabilidad de los adultos progenitores o tutores legales es ciertamente difusa:

Art. 2220.- Toda persona es responsable, no solo de sus propias acciones, sino del hecho de los que estuvieren a su cuidado.

Así, los padres son responsables del hecho de los hijos menores que habiten en la misma casa.

Así, el tutor o cuidador es responsable de la conducta del pupilo que vive bajo su dependencia y cuidado.

Así, los jefes de colegios y escuelas responden del hecho de los discípulos, mientras están bajo su cuidado; y los artesanos y empresarios del hecho de sus aprendices o dependientes, en el mismo caso.

Pero cesará la obligación de esas personas si con la autoridad y el cuidado que su respectiva calidad les confiere y prescribe, no hubieren podido impedir el hecho.

Es decir, la dilucidación de en qué momento podrían impedir el hecho dañoso es arduo y, desde luego, subjetivo, pues se va a llegar a la conclusión de que la persona adulta bajo cuya tutela se encuentra no tiene ascendiente alguno sobre el menor al que alimenta y cobija. Y es que en la actualidad la capacidad de mando sobre un menor de los adultos es muy inferior, en comparación solo a la de la generación de sus padres. Adicional a ello se halla el hecho de que los menores pueden denunciar a sus padres o tutores legales si son castigados físicamente.

2.2. Políticas

Las políticas públicas, a decir de Aguilar Astorga, corresponden al “diseño de una acción colectiva intencional; el curso que toma la acción como resultado de las decisiones e interacciones que comporta son los hechos reales que la acción produce” (Aguilar Astorga 2017, 14). En este sentido, la política se desarrolla como reacción a una situación dada, que afecta a un colectivo, mayoritario o no, que se moviliza y pone este tema en la agenda pública, para atraer la atención y demandar interés de los políticos, pues son los gobiernos los que, desde sus competencias, las elaboran, implementan y evalúan.

Para evaluar la creación y el desarrollo de políticas públicas respecto a drogas es necesario manifestar que la concepción que se tenía hasta hace pocos años del consumo, tenencia y dependencia era de criminalización, lo que se denomina el enfoque punitivo. Por lo que en el Ecuador una persona a la que se encontraba consumiendo algún tipo de sustancia ilegal era encarcelada durante algún tiempo, además, las penas se cumplían completas. Es a partir de la norma suprema vigente, garantista de derechos, que el enfoque cambia, pero de manera radical.

Es así como la Constitución de 2008, al señalar en su artículo 364 a las diversas adicciones como un problema de salud pública promueve la creación de una política pública con enfoque en la salud de la persona en esa situación, dejando de esta manera atrás la forma punitiva de afrontar este problema socioeconómico que afecta a todas las capas de la sociedad. De este modo, otro aspecto que ha coadyuvado al cambio que se

ha dado es de las nuevas concepciones de proporcionalidad de la pena, las mismas que establecen el marco en el cual las políticas públicas al respecto se desarrollan, que ha instado al legislador a elaborar una normativa consecuente con el espíritu de la norma suprema, es decir, garantista con quienes delinquen.

En 2010 el Ministerio de Salud Pública (MSP) elabora y pone en vigencia el primer Reglamento para la Regulación de los Centros de Recuperación para Tratamiento a Personas con Adicciones o Dependencias a Sustancias Psicoactivas². Se reconoce la salud mental como un aspecto importante de la salud de la población, lo que constituye un hito histórico en el tratamiento que las entidades estatales habían hecho de este tema.

Es así que en 2014 se expide el Plan Estratégico Nacional de Salud Mental y el Modelo de Atención en Salud Mental para 2014-2017. Estos planes ya implementan un enfoque basado en el respeto a los derechos humanos, que enfoca el consumo como un problema de salud al que se le debe dar una atención integral en la que concurren procesos terapéuticos, no solo dirigidos a quien consume, también trata a la familia, para disminuir los daños que el consumo y la dependencia crean a la persona y a su entorno inmediato.

En 2012 el entonces CONSEP (hoy Secretaría Técnica de Drogas, SETED), elabora el Plan Nacional de Prevención Integral de Drogas 2012-2013, el mismo que requirió del concurso y el involucramiento de diversas instituciones de ámbito nacional, relacionadas de forma directa o indirecta con la problemática en cuestión.

El plan pretendía fortalecer la institucionalidad del Estado, en el sentido de la participación de este en el aporte de soluciones a esta problemática socioeconómica, para alcanzar fines “inherentes a la disminución, el uso y consumo de drogas, la reducción de daños asociados con el consumo, al control preventivo de sustancias controladas, a la prevención y a la represión de los delitos vinculados con la producción y tráfico de drogas y a la erradicación de la eventual introducción de cultivos de uso ilícito” (Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas 2012).

A continuación el mismo CONSEP, y en base al texto del ya mencionado artículo 364 de la Constitución, aprueba la Resolución 001 CONSEP-CD-2013, de fecha 21 de mayo de 2013, en la que acoge el informe técnico del Ministerio de Salud

² Registro Oficial 272, de fecha 6 de septiembre de 2010.

Pública que incluye las justificaciones científicas y técnicas de la tabla de cantidades máximas admisibles de tenencia de drogas para el consumo personal.

En lo que se refiere a la sanción de las actividades ilícitas relacionadas con las drogas, en el 2014 se publica el Código Orgánico Integral Penal (COIP), texto que pretende integrar varios cuerpos a la vez y que establece en la penalización de los delitos por drogas un castigo proporcional al mismo; igualmente, determina la no criminalización de la tenencia y la posesión de drogas cuando es para consumo personal, basado esto en las garantías y los principios constitucionales.

Continuando con el análisis de las acciones gubernamentales, el 9 de julio del 2014 el CONSEP, con la Resolución 002 CONSEP-CD-2014, publicada en el Segundo Suplemento del Registro Oficial 288, de 14 de julio de 2014, expide las tablas de cantidades de sustancias estupefacientes y psicotrópicas para sancionar el ilícito de tráfico de mínima, mediana, alta y gran escala, de acuerdo al artículo 220 del COIP.

Pero la Resolución 002 CONSEP-CD-2014, tuvo que ser revisada por el Consejo Directivo del CONSEP, en septiembre del 2015, cuando en sesiones extraordinarias analiza y resuelve sobre el contenido de la misma, que trata sobre la tabla de cantidades de sustancias estupefacientes y psicotrópicas para sancionar el tráfico ilícito de mínima, mediana, alta y gran escala, también revierten en esas reuniones las cantidades máximas legales de tenencia para el consumo personal, que constan en la Resolución 001-CONSEP-CD-2013, de 21 de mayo de 2013; ante la evidencia de que esta tabla ha propiciado el aumento del microtráfico y, consecuentemente, el uso, consumo y dependencia, deciden revisarla al alza.

En 2015 se publica la *Ley Orgánica de Prevención Integral del Fenómeno Socio Económico de las Drogas*, en Registro Oficial Suplemento 615 de 26 octubre de 2015, la que presenta una concepción integral del fenómeno relacionado con las drogas, afrontando el tema desde sus distintos aspectos: de salud, económico, social y de seguridad pública.

Como parte de las políticas que implementa el gobierno para atajar un problema que se le sale de las manos, en el 2015 se crea la *Ley Orgánica de Prevención Integral Fenómeno Socio Económico Drogas*, la que dice respecto a los menores de edad:

Art. 13.- Prevención en el ámbito cultural, recreativo y deportivo.- El Estado a través de las Autoridades Nacionales de Cultura y del Deporte, ejecutarán programas con participación activa intersectorial y de la comunidad, para el fomento y desarrollo de actividades culturales, deportivas y recreativas para la población, encaminadas a la

formación y desarrollo integral de las personas, con enfoque prioritario en la niñez, adolescencia y juventud, para orientar de manera primordial hábitos de vida saludables, bajo principios de inclusión y solidaridad, para precaver la relación inicial con las drogas y disminuir su influencia.

Las Autoridades Nacionales de Cultura y del Deporte y los Gobiernos Autónomos Descentralizados, impulsarán el acceso masivo a actividades culturales, deportivas y recreacionales en los diferentes espacios comunitarios. (Asamblea Nacional 2015).

En 2016 se publica el Protocolo de Atención integral del consumo nocivo de alcohol, tabaco y otras drogas, el que en resumen dice:

La complejidad que abarca la drogodependencia amerita ser manejada bajo un sistema integral, que permita atender a los diferentes problemas asociados al consumo nocivo de sustancias psicotrópicas. De esta manera se podrá abarcar el ámbito médico, psicológico, social y económico, logrando como objetivo final la participación social activa y la incorporación de estilos de vida saludables sin necesidad de recurrir al consumo de drogas (Ministerio de Salud Pública del Ecuador 2016, 13).

Por lo que crea cuatro niveles de atención para quienes hayan caído en esta aciaga situación que es la dependencia de alcohol, otras sustancias ilegales, aunque cada una de ellas, incluso separadas por grupos, crea un nivel de adicción distinto, puesto que el tabaco, a pesar de lo tóxico que es, no causa ese desgaste tan intenso en lo físico y esa destrucción de la psique del individuo que las otras drogas, por lo que este protocolo sostiene que el “manejo integral para la rehabilitación de los pacientes drogodependientes seguirá una estructuración diagnóstico-terapéutica escalonada según el grado de accesibilidad y especialización que necesite el individuo” (Ministerio de Salud Pública del Ecuador 2016, 13).

Al entrar en vigor la *Ley Orgánica de Prevención Integral* se crea el Comité Interinstitucional de Drogas, que pasa a dirigir la política de droga intersectorial, “donde los mayores participantes sean los sectores de salud y educación” (Secretaría Técnica de Drogas 2017). A la vez, el CONSEP ha pasado a ser una dirección ejecutiva, con una secretaria técnica, que a la vez que cambia de nombre cambia la política de represión y de control por una de prevención, con enfoque en la salud humana del consumidor y en la rehabilitación del mismo. De este modo, la Secretaría Técnica de Prevención Integral de Drogas cumple un papel fundamental en la generación, asesoría, articulación, coordinación y direccionamiento de las políticas públicas sobre drogas, así como el desarrollo de planes, programas y acciones al respecto.

Como parte del proceso de implementación de la *Ley Orgánica de Prevención Integral*, de octubre de 2015, a partir del año 2016 se trabaja en la prevención integral desde diversos ámbitos, los que abarcan casi a la totalidad de la población nacional, estos son:

- Prevención en el ámbito de la salud (Art. 8).
- Prevención en el ámbito educativo (Art. 9).
- Prevención en el ámbito de la educación superior (Art. 10).
- Prevención en el ámbito laboral (Art. 11).
- Prevención en el ámbito comunitario-familiar (Art. 12).
- Prevención en el ámbito cultural, recreativo y deportivo (Art. 13).
- Prevención en el ámbito comunicacional y de información (Art. 14).
- Desarrollo alternativo preventivo (Art. 15).

Asimismo, la emergencia y constatación del avance del fenómeno de la drogadicción hizo necesario que se plantease un abordaje desde un enfoque integral, por lo que se ha implementado la Red Nacional de Prevención Integral de Drogas, conformada por “más de 100 universidades, escuelas politécnicas e institutos superiores del país” (Andes 2017), que llevan adelante proyectos y acciones en las que se involucra a los Gobiernos Autónomos Descentralizados. A pesar de lo reseñado, hay que decir que no existe aún un modelo de prevención integral en todo el territorio ecuatoriano, puesto que la estrategia que se desarrolla y funciona en una ciudad no necesariamente va a funcionar en una población pequeña o en el área rural, entonces, el modelo local adaptado a las particularidades del lugar es un tema pendiente en la política pública sobre drogas.

Por último, señalar que en 2017 se elabora el Plan Nacional de Prevención Integral y Control del Fenómeno Socio Económico de las Drogas 2017-2021, que se hace:

Para diseñar, implementar, evaluar y valorar las políticas públicas, siempre es necesaria la remisión a la norma constitucional y legal, pues en un estado constitucional de derechos, las políticas públicas deben tener correspondencia con dichas normas. En este aspecto, la normativa relacionada con las drogas era la Ley de Sustancias Estupefacentes y Psicotrópicas (Ley 108), promulgada el 17 de septiembre de 1990, con sus respectivas reformas y codificación. Dicha ley establecía al Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacentes y Psicotrópicas (CONSEP), como ente rector

de la generación de políticas en materia de drogas en el Ecuador (Comité Interinstitucional de Drogas 2017, 33).

La normativa se ha venido actualizando al tenor de los acontecimientos, de los avances del conocimiento científico y de experiencias de otras naciones, aunque aquí no haya funcionado, no obstante, haber implementado una tabla de cantidades mínimas como experimento social ha servido para obtener algunas conclusiones, como que no funcionaba tal y como se había planteado.

Todo lo expuesto en este numeral permite arribar a la conclusión de que en el país, primero, hay una política pública clara, precisa y definida desde la carta magna pasando por código integral penal, el código de la niñez y adolescencia sobre el tema de prevención, protección y atención a los niños, niñas y adolescentes frente al uso, tenencia y consumo de alcohol y sustancia sicotrópicas y estupefacientes; segundo, esta política ha abandonado la fórmula penal represiva en el enfoque del trato que daba al consumidor, pero de esta misma política se han aprovechado los expendedores y han tomado ventaja de la tabla donde se fija el umbral máximo y mínimo que una persona adicta puede portar para no ir preso, esto no significa que haya una licencia o autorización para transportar droga, y en ningún caso incluye niños, niñas o adolescentes.

Tabla 1

Umbral para la tenencia o posesión de drogas de uso lícito

ESTUPEFACIENTES	Umbral en gramos
Marihuana	10 gramos
Pasta base de cocaína	2 gramos
Cloridrato de cocaína	1 gramo
Heroína	0,01 gramo
PSICOTRÓPICAS	Umbral en gramos
Éxtasis MDA	0,15 gramos
Metilendioxifenetilamina MDMA	0,015 gramos
Anfetaminas	0,040 gramos

Fuente: (Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas 2013).

Elaboración: El autor.

También puede decirse que se ha hecho laxa en el trato que le da al vendedor de cantidades importantes, en concordancia con lo que dice la actual Constitución

ecuatoriana, garantista de derechos y justicia social, lo que implica que se analizan estas situaciones bajo el enfoque del derecho penal mínimo y no el derecho penal máximo.

Capítulo tercero

Descripción de la Unidad Educativa Isabel Tobar, caracterización de su población estudiantil y resultados de la aplicación de los planes, rutas e instrumentos para la protección de niñas, niños y adolescentes del Consejo Metropolitano de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia

En este capítulo se hace una contextualización de la institución educativa, cuyo funcionamiento empezó en otro sector de condiciones notoriamente más modestas que las que permite el Parque Italia, donde actualmente se localiza; además, se realiza una caracterización de la población estudiantil en todos sus aspectos relevantes para esta investigación; asimismo, se estudia el marco legal del uso, tenencia y consumo de estos productos en los menores de edad.

La Unidad Educativa Isabel Tobar ha experimentado en sus instalaciones problemas de uso, consumo y tenencia de sustancias que causan adicción, una de las razones de este aumento de casos se atribuye a la facilidad del acceso a estos productos, que se expenden con cierta libertad en las inmediaciones de la institución y a los problemas personales y familiares que muchos estudiantes experimentan debido a factores tan determinantes como familias desestructuradas, divorcios, separaciones, ausencias de los progenitores, etc.

Un aspecto que hay que tomar en cuenta es que esto derivó en un consumo público, especialmente de parte de los jóvenes, quienes ante las recriminaciones de los vecinos reaccionaban insultando y reclamando su "derecho" a consumir, aduciendo que era legal lo que hacían. La iniciativa de despenalizar el consumo se convirtió en una trampa para los ciudadanos que vieron cómo sus portales y sus calles se convertían en morada de consumidores y de expendedores, puesto que para consumir algo hay que comprarlo. El país no estaba preparado para una ley permisiva porque el individuo no tiene cultura jurídica; en el país mucha gente habla de sus derechos, casi nadie de la contraprestación de estos, de sus obligaciones con la sociedad a la que se pertenece. Por lo mencionado es que algunos municipios han empezado a plantearse soluciones, desde su gobierno local, como la del Municipio de la localidad Pelileo en la provincia de

Tungurahua, que "ya cuenta con una ordenanza que regula el consumo de alcohol y drogas en el espacio público" (Burgos 2015).

1. La Unidad Educativa Isabel Tobar

La Unidad Educativa Isabel Tobar, al ser una institución de la curia creada con fines exclusivamente sociales, se localiza durante el año de estudio de esta investigación en el centro de la ciudad de Quito, en uno comercial de ingresos bajos, en las inmediaciones del conocido Mercado de San Roque. La población estudiantil de la unidad se compone en su inmensa mayoría de hijos de los vendedores de este mercado, situación que ha sufrido una patente modificación desde el cambio de domicilio de la unidad, pues la distancia entre una y otra es considerable.

En agosto de 2014 la Unidad Educativa Isabel Tobar fue reubicada desde el Centro Histórico de Quito hasta el sector del Parque Italia, en el periodo lectivo 2014-2015. Antes de esta reubicación, la Unidad Educativa se encontraba funcionando en una zona de alto riesgo de venta y consumo de productos estupefacientes y psicotrópicos, conocidos comúnmente como drogas; en esta zona los estudiantes estaban expuestos al asedio de los vendedores -por un lado- y de los consumidores por el otro de acuerdo a lo observado durante la etapa de investigación.

Al cambiar la localización desde el centro de la ciudad a las calles Gaspar de Carvajal 353 y Humberto Albornoz, frente al Parque Italia, un sector distinto, pues el parque está en el centro norte de Quito, se pretendía trabajar con mayor eficiencia en contra del problema de la exposición a vendedores y consumidores de estos productos, puesto que aunque el expendio de drogas no se localiza solo en ciertos sectores, la actitud ante el consumo varía significativamente de una población a otra.

Con el cambio de domicilio, la institución educativa perdió al 85% de su alumnado, la distancia entre una zona y otra es enorme, el tiempo en bus es mayor a la hora, además de que cuesta dinero que los padres no siempre tienen, pues son de extracción social baja. Actualmente la Unidad Educativa Isabel Tobar cuenta con un total de 336 alumnos matriculados de inicial a décimo de año de Educación General Básica.

2. Sector Parque Italia

El sector del parque Italia, en el que están las nuevas instalaciones de la Unidad Educativa Isabel Tobar, es una zona residencial de estrato socioeconómico medio, medio-bajo, con una mayoría de población que trabaja fuera de casa, por lo que durante todo el día durante la semana laboral la mayoría de los habitantes del lugar no están. A esta zona se la conoce como Parque Italia por el parque del mismo nombre que está allí desde hace casi dos décadas, cuando la embajada de Italia lo instaló como un aporte a la comunidad.

El parque, cuya extensión es de 2.7 hectáreas, es abierto, lo que quiere decir que no tiene ninguna limitación de entrada, además de que las calles circundantes están casi desiertas durante casi todo el día, por lo que se convierte en un ambiente propicio para el consumo de tabaco, alcohol y sustancias prohibidas, principalmente de los estudiantes de los centros educativos cercanos como Universidad Central, Colegio Juan Montalvo, Colegio Gran Colombia, Unidad Educativa Francisca de las Llagas, Alfonso Lasso Bermeo, Colegio Miguel del Hierro y el Instituto de Artes Visuales Quito (IAVq), quienes aprovechan que no hay un constante patrullaje policial para usarlo como sitio de consumo de diversas sustancias, algunas prohibidas para sus edades.

El uso del parque como espacio de actividades ilícitas, aunque no del todo ilegales debido a la legislación actual no es de algo nuevo, ya en 2008 el diario La Hora publicó una nota sobre la peligrosidad del barrio y los pedidos de ayuda que hacían los vecinos a la administración zonal de Quito:

En una cantina pública, en sitio de comidas y hasta en un lugar de consumo de drogas, se ha convertido el parque Italia. Los vecinos y transeúntes caminan con miedo por el sector, sobre todo por las noches, porque los antisociales se han adueñado del sector. Los moradores, cansados de este problema, se reunieron y plantearon cómo debería cambiar este espacio, donde también participaron los estudiantes de los colegios cercanos. Con los resultados en la mano, se trasladaron a la Alcaldía para exigir soluciones. Después de algunos meses de conversaciones, la administración norte del Municipio, en coordinación con la Corporación Vida para Quito, rehabilitarán el parque. El proyecto está listo y los trabajos comenzarán a mediados de abril (Diario La Hora 2008).

La rehabilitación del parque que hizo la administración fue física, por lo que el problema de inseguridad no se solucionó con eso; más bien este se agravó, según la presidenta del comité, “con la llegada de muchos extranjeros que vienen a vivir a la comunidad y a otras zonas pobres aledañas, las que pasan por el lugar ya que frente al

Parque Italia se encuentra la parada de la Metrovía hace falta control y vigilancia policial” (Mendizábal 2017). A todo ello se suma la despenalización que hizo la Constitución de 2008 de la drogadicción, a la que colocó en la categoría de enfermedad, antes constaba como delito, como se mencionó anteriormente la ciencia logra determinar el problema de la adicción como un problema de salud ya no solo un problema de moralidad y a la nueva legislación que se aprobó en marzo de 2013, que presenta una tabla de tenencia mínima de drogas para consumo, que el Gobierno de entonces justificaba con el siguiente argumento:

Hay que partir del reconocimiento claro de que en el Ecuador, de acuerdo con la Constitución (artículo 364), no se criminaliza el consumo de drogas, pues es algo considerado como un problema de salud y no un crimen. Lo que hace la resolución del Consejo Directivo del CONSEP es acoger el informe técnico del Ministerio de Salud Pública (MSP), que incluye la tabla de cantidades máximas admisibles para consumo y tenencia de drogas de una persona (Diario El Telégrafo 2013).

En parte debido a esta nueva legislación, que hizo que cuando la policía atrapaba a un vendedor, este se hiciera pasar por consumidor y no tuviera que ir a la cárcel, por tanto los vendedores se han multiplicado.

La actual presidenta del comité diagnostica que:

El sector afronta tres problemas: droga, robo y alcoholismo. El peor era el alcoholismo. Los de otros colegios, los que están cercanos, vienen a consumir aquí, por lo que los que venden también vienen al parque y los estudiantes se acercan y compran. Se dice que en un par de domicilios del sector se venden drogas, pero en general los que venden drogas se presentan a horas variadas durante horas intempestivas, en moto o en carro, cuando salen los estudiantes de las clases, están un ratito y se van. Ahora no se quedan mucho porque se llama a la policía, con quienes tenemos comunicación cercana, y ellos vienen casi enseguida. Si encuentran a los muchachos con drogas, se las quitan y ahí mismo la tiran a la alcantarilla, lo mismo hacen con el alcohol (Mendizábal 2017).

El primer problema que han diagnosticado los vecinos en su barrio, el de la droga, dice Mendizábal que ha disminuido en un 50-60% desde que están los vecinos tan activos en su combate, siempre con ayuda de la Policía. En cuanto al segundo, el consumo de alcohol en el parque, según la presidenta se ha superado en un 90%: “Antes los estudiantes acudían al parque a consumir alcohol sin control. A veces teníamos que llamar ambulancias, a los padres, porque se emborrachaban allí. Eso ya no pasa” (Mendizábal 2017).

La situación de la inseguridad, el tercer problema, de acuerdo a entrevista realizada, después de profundizarse durante algún tiempo ha sido combatida por los vecinos, que se organizaron, “aunque con el robo y los asaltos es con lo que menos éxito hemos tenido, estos han disminuido en la mitad, tal vez un poco más, pero no se ha llegado a erradicar” (Mendizábal 2017), dice la presidenta, y atribuye este a su entender pobre resultado a que no todos los vecinos están involucrados y concienciados, solo participan activamente como la mitad de ellos.

Están organizados en contra de estos problemas que muchos vecinos tienen cámaras y cuando ven algo sospechoso a través de ellas lo comunican a todos los vecinos activos, que están en el chat. Además el Comité de Gestión y Seguridad del Sector en coordinación con la administración zonal Norte del municipio de Quito han logrado que el parque Italia esté siempre en actividad por ejemplo: Bailoterapia, tres veces por semana, en la mañana y en la tarde. También organizan Ferias de culturales, artísticas, salud y seguridad con la participación de los vecinos del barrio, las instituciones educativas cercanas, policía, bomberos y centro de salud; esto ha permitido que el parque no esté tan solariego por tanto quienes utilizaban el parque para consumir o vender sustancias estupefacientes ya no lo hacen tan a la vista.

3. La población estudiantil de la unidad educativa en estudio: situación familiar, social y económica

En el año lectivo 2014 - 2015, la Unidad Educativa Isabel Tobar tenía un total de 110 estudiantes matriculados; para determinar la el aspecto familiar y económico de la población estudiantil se ha recabado información de la Ficha Personal, Familiar, Socioeconómica, Salud y Académica del Estudiante que reposa en el archivo del departamento de Consejería Estudiantil del que se desprende la estructura familiar y el nivel socioeconómico que es de nuestro interés.

3.1. Estructura familiar

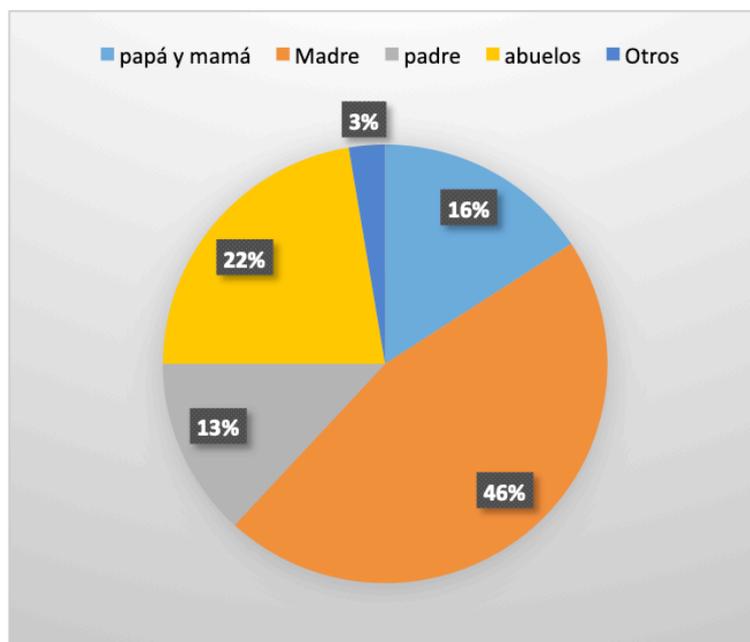
Los estudiantes de la Unidad Educativa Isabel Tobar, como la sociedad ecuatoriana en su conjunto, presentan una gran diversidad en la clasificación de la estructura familiar. No hay solo una o dos de ellas, es decir, no son padres casados o en convivencia matrimonial, o separados. Los modelos de familia evaden las etiquetas de las instituciones públicas y las de la norma social establecida, estas se han ido configurando

de acuerdo a las circunstancias, por ejemplo, la emigración hizo que muchas familias se separasen y al final los padres y las madres salieron del país buscando un empleo y los hijos pasaron a vivir con la abuela en la mayoría de los casos, con otros familiares cuando la abuela no podía o no existía ya.

Del total de casos analizados un 16% vive con los padres, en esta estructura de familia nuclear tradicional; el 46% solo con la madre; el 13% con el padre como único progenitor; el 22% vivía en casa de los abuelos porque los padres, es especial la madre, se había ido del país a trabajar para enviar dinero; un porcentaje muy inferior, el 3% con otros familiares.

Gráfico Nro. 1

Personas con las que el estudiante vive

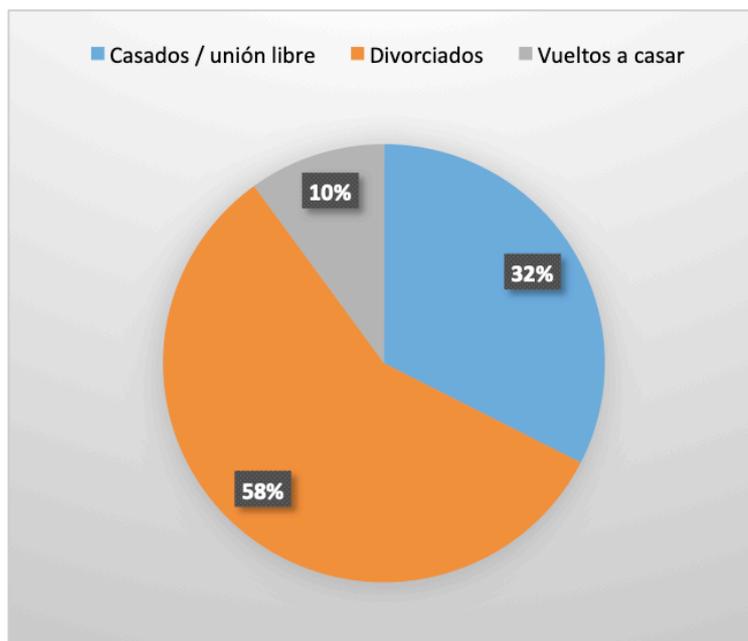


Fuente: (Departamento Consejería estudiantil ITL 2014)

Elaboración: El autor.

En cambio la situación relacionada con la situación de pareja de los padres ayuda a evidenciar la situación de vulnerabilidad a la que se exponen los estudiantes es alta pues el 58% al estar separados o divorciados deben buscar el sustento para la casa y la familia, frente al 32% de padres de familia que muestran una aparente estabilidad al estar casados o unidos y el 10% en cambio de hogares vueltos a casar que tienen los problemas de tus hijos, los míos, nuestros hijos los espacios de conflictos requieren de mayor cuidado y atención.

Gráfico Nro 2
Situación de pareja



Fuente: (Departamento Consejería estudiantil ITL 2014)
Elaboración: El autor

3.2. Nivel socioeconómico

Muchos de los estudiantes de la Unidad Educativa Isabel Tobar pertenecen a un quintil de ingresos inferior a los habitantes del barrio donde se encuentra ahora la institución, pues su condición de fundación sin fines de lucro permite que el valor de la pensión mensual sea módico en relación a las instituciones particulares de sector. Sin embargo, desde su cambio de domicilio la institución educativa Isabel Tobar ha conseguido aceptación en este tramo de la ciudad, por lo que el número de matriculados se incrementa año a año.

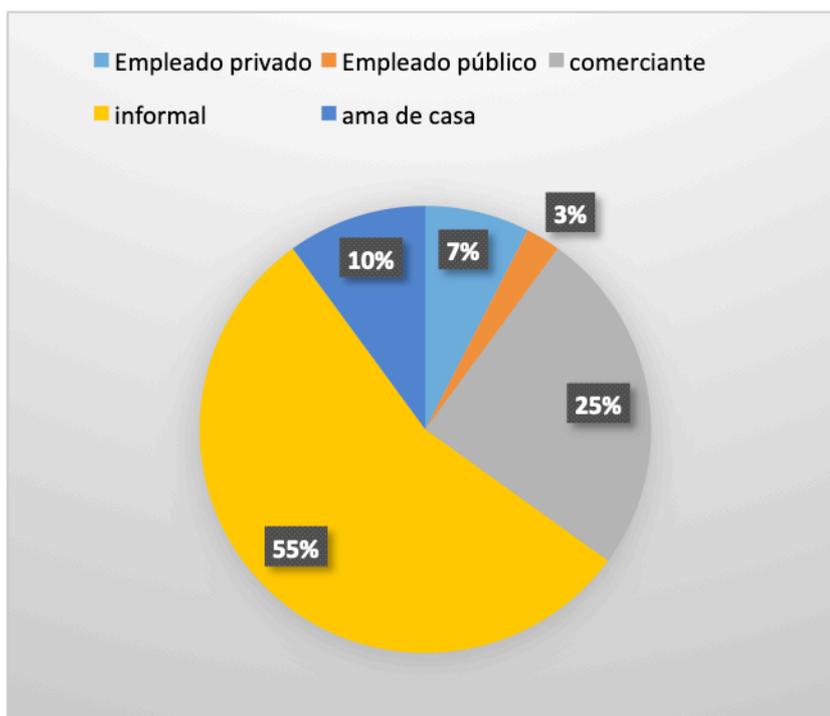
El nivel socioeconómico de los estudiantes es medio-bajo. Ya que de la recabada se evidencia que un porcentaje alto de padres de familia son vendedores ambulantes o están subempleados. Las implicaciones de esta situación laboral son profundas y decisivas no solo en lo relativo al consumo y al nivel de vida, también lo son en cuanto al acceso a servicios de salud y a las diversas prestaciones sociales que la afiliación al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social provee a un ciudadano mientras pertenece a la

población económicamente activa y, especialmente, en la vejez, en su jubilación, como créditos sobre sus propios ahorros, hipotecarios, etc. Aquí los resultados:

Otra parte de las madres y de los padres de los estudiantes de la unidad educativa es empleado en locales comerciales que pagan el salario mínimo obligatorio; unos pocos son profesionales que ejercen alguna profesión liberal como abogacía, contaduría pública, etc. En conclusión, los progenitores de la población estudiantil de la unidad educativa se ubican en su inmensa mayoría en la clase pobre, y un porcentaje notablemente menor, en la clase media, con todas las prevenciones con que se usa aquí esta clasificación, pues es necesario aclarar que personas cuyos ingresos no alcanzan para colocarse en esa franja, se consideran a sí mismas de clase media.

Gráfico Nro 3

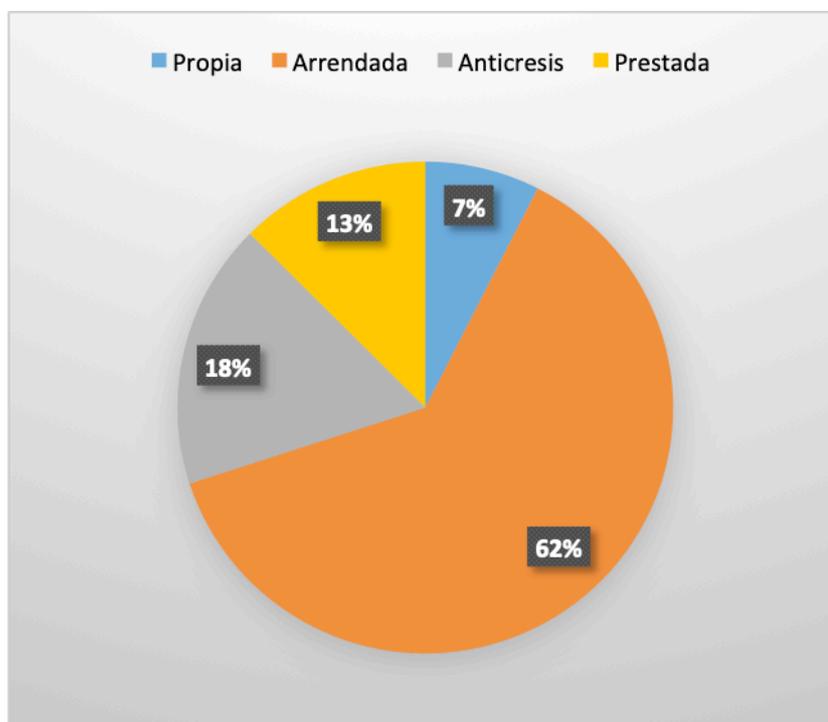
Situación de empleo de los padres de familia



Fuente: (Departamento Consejería estudiantil ITL 2014)
Elaboración: El autor.

Por lado otro lado otro de los factores que se utiliza para segmentar la población es la condición que tienen frente la vivienda, los rubros que destinan para espacio, privacidad, espacio para estudiar, espacio para disfrutar en familia, espacio descansar de esta manera miramos que el 5% de los padres de familia son propietarios, el 80% son arrendatarios y el 10% viven en anticresis y el 5% viven en casa de familiares sin pagar un arriendo.

Gráfico Nro 4
Situación frente a la vivienda



Fuente: (Departamento Consejería estudiantil ITL 2014)
Elaboración: El autor.

Un número importante de los estudiantes de la Unidad Educativa Isabel Tobar, los que son hijos de vendedores ambulantes, acompaña a sus padres en sus actividades laborales, es decir, trabajan con ellos en la venta de productos diversos en la calle, situación que los expone a experiencias que los niños y adolescentes que no trabajan no llegan a vivir. La Organización Internacional del Trabajo considera que a pesar de los muchos esfuerzos que las naciones en mancomunidad han hecho, "el trabajo infantil sigue existiendo a escala masiva y en ocasiones tiene lugar en condiciones deplorables, en particular, en el mundo en desarrollo.

Este fenómeno es infinitamente complejo, y a ello se debe que el progreso haya sido lento o aparentemente inexistente. Es imposible hacerlo desaparecer de un plumazo" (Organización Internacional del Trabajo 2016). La OIT lleva décadas haciendo recomendaciones para la protección de los menores en esta condición, mas estas no son vinculantes, es decir, no significan para el país una exigencia jurídica,

queda a discreción de quienes gobiernan adoptarlas o no. Por otro lado, los efectos que sobre la psique del menor tiene un entorno como la calle, Cutri y otros dicen que:

El trabajo infantil constituye una compleja problemática que vulnera los derechos fundamentales de la niñez y afecta el desarrollo psicofísico de los niños/as, quienes, por su condición de heterónomos, requieren la protección y cuidado de los adultos. Es uno de los determinantes sociales que comprometen gravemente la salud y desarrollo físico y moral del niño e interfiere con la escolarización regular (Cutria, y otros 2012, 52).

Definitivamente interfieren con la educación regular, pues las estadísticas de la institución reflejan que son los que más ausentismo escolar presentan. Además, el niño que gana dinero modifica sus prioridades, llega a considerar que no necesita estudiar.

Continuando con la caracterización de la población de la institución, la mayoría de los padres o representantes legales son campesinos que han migrado a la ciudad, en busca de mejores oportunidades de empleo y vivienda pero han tenido que conformarse con el empleo informal y semi informal. De esta manera los niños, niñas y adolescentes

4. Diagnóstico de la situación del uso de drogas en la Unidad Educativa Isabel Tobar

En la Unidad Educativa Isabel Tobar, en 2014-2014 la situación del consumo era ciertamente alarmante, las encuestas que se aplicaron a estos estudiantes presentaban un panorama en el que era necesario hacer una intervención rápida y contundente, debido a los resultados de la entrevista aplicada (Anexo 3), los cuales se describen a continuación:

El porcentaje de alumnos que reconocían haber consumido alcohol era del 71%, quienes confesaban el de drogas estaba en el 62%. El consumo se hacía acompañado de alguien (vecino, compañero amigo) ninguno de los encuestados dijo hacerlo solo, se debe este hecho a que en estos estadios de desarrollo el individuo es absolutamente gregario, al adolescente en su inmadurez le pesa la soledad como una condena.

Muchos de los estudiantes consumidores de productos psicotrópicos consideraban el consumo como parte de sus vidas, el 23% decía que había visto a sus padres consumir sustancias estupefacientes y psicotrópicas, por tanto, lo tenía asumido como una conducta normal.

Al preguntarse a los estudiantes si alguien sabía en su familia si consumían, esta pregunta se planteó solo a los que respondieron afirmativa a si hacían el consumo, la

gran mayoría, el 71% dijeron que sus padres lo sabían, es decir, de ese 62% que se declara consumidor, el 71% lo hace sin ocultarlo en su casa. Una posible explicación se encuentra en la pregunta siguiente, que indaga sobre el consumo de alcohol de los adultos.

Respecto a la ingesta de alcohol de los adultos, tan normalizada en el medio, convertida en una tradición y sinónimo de jolgorio y alegría, el 3% dijo que sus padres no bebían, respuesta que intriga en primera instancia, pero que al indagar más a fondo se encuentra con que es la gente que se ha hecho adepta a una de estas sectas religiosas que lo prohíben tajantemente, y en su mayoría se trata de mujeres jefas de hogar. El porcentaje restante, ese elevado 97% bebe delante de los hijos sin ninguna moderación, especialmente en fiestas familiares y en ocasiones como los partidos de futbol de su equipo, cuando se visiona el acontecimiento con otros hinchas y gane o pierda la libación está asegurada.

El estudiante consumidor tiene la idea fija de que la droga no le afecta a la salud, en un análisis sesgado, argumentan reportajes y noticias periodísticas sobre el uso medicinal de la marihuana y sus proyectos de legalización en varias ciudades de Estados Unidos. Por supuesto, estos niños y jóvenes no asocian esos proyectos legislativos con los cuidados paliativos que una enfermedad terminal requiere, que es al final la razón de la modificación de su estatus legal en otros lares. Es así que la encuesta arroja que el 62% de estudiantes que se dijeron consumidores en la pregunta al respecto son los mismos que se manifiestan convencidos de que no tendrá efectos nocivos en su salud, de hecho, creen que les hace bien porque les da placer. Más de uno manifestó su mal humor cuando no puede consumir.

Un tema de análisis en este punto es que los jóvenes piensan que son inmortales, es, probablemente, lo maravilloso de esa etapa de la vida, cuando la salud no se resiente, en apariencia, pues por su falta de experiencia no son competentes para prever las consecuencias. Por eso es que el 62% considera que la drogodependencia no es un problema, algunos dicen, con gran convencimiento, que lo dejarán cuando quieran, y otros no se plantean abandonar el hábito, algo que les resulta tan placentero.

Por otro lado, los estudiantes, por su misma edad, se manifiestan abierta y radicalmente más cercanos y leales a sus amigos que a sus padres o familiares en general. El 91% dijo tener muchos amigos, y el 73% considera que son más importantes estos que sus progenitores; mientras que para el 27% también lo son más que sus hermanos.

A la pregunta de si consideran los consejos de alguno de sus padres o de ambos como algo que deben escuchar con atención y seguir las indicaciones que contienen, respondieron en un 78% que entre un consejo de sus padres y uno de sus amigos, hacían caso a los amigos, el porcentaje restante asume que es mejor oír a los padres. La razón que ese porcentaje mayoritario adujo para justificar su respuesta es que los mayores no entienden a los jóvenes, que no saben cómo son las cosas. De lo que se concluye que los niños y jóvenes encuestados creen que ellos sí saben cómo es la vida en general y el ser humano en particular.

Un elemento de gran interés en este tema que se analiza es el tiempo que los adultos pasan con los chicos, que es realmente muy escaso y, siguiendo aquella noción moderna del tiempo de calidad, se consultó a los estudiantes sobre la cantidad de tiempo que compartían sus padres con ellos y cómo era. Respecto a lo primero, dijeron en un 47% que apenas veían a los padres, y que cuando lo hacían solo les recriminaban por tal o cual cosa. Un caso distinto es el del 53%, que pasa mucho tiempo con los padres, la mayoría dijo trabajar con ellos en la venta de productos varios, como ambulantes o establecidos en un puesto del mercado. Como dato adicional, mencionar que pocos estudiantes recibe apoyo, acompañamiento o supervisión de sus padres en la elaboración de las tareas escolares, la mayoría de ellos tienen menos escolaridad que los hijos, y notablemente menos tiempo disponible para sentarse con ellos para controlar o supervisar alguna actividad.

El distanciamiento que la inmensa mayoría de los encuestados muestra hacia sus progenitores y todos los adultos que representan autoridad en su vida es un asunto de la mayor importancia, y no solo para el tema que se estudia en esta investigación, pues esta es una actitud general que deja al menor desamparado ante los peligros que significan las amistades inconvenientes que les incitan a realizar actos que ni les convienen ni son lícitos, en muchos casos llegan a constituir infracciones graves. Y lo es porque el desprestigio en el que sus propias opiniones negativas deja a los mayores les impide acudir a ellos cuando necesitan consejos o ayuda.

Por último, en este diagnóstico de la situación de la unidad educativa también es importante hacer una breve revisión del aprovechamiento cognitivo de los estudiantes, pues los efectos del consumo de productos adictivos tienen consecuencias integrales en la vida de la persona que atraviesa por esa situación.

A la pregunta de cómo se siente en la institución, que se plantea teniendo en cuenta que es importante para su aprendizaje que al alumno le guste estar allí, que asista

voluntariamente, la respuesta mayoritaria fue que regular (75%), abiertamente mal respondió el 14%. Solo un 11% de los encuestados dijo que se encontraba bien en la unidad educativa. Estas respuestas permiten concluir que los estudiantes no consideran estudiar una parte fundamental de esta etapa de su vida. Desde la administración se ha intentado motivarlos de distintas maneras, por ejemplo, algo que llama la atención es el uso del uniforme, que en pocos casos está limpio.

En cuanto a las notas, planteados en una valoración de buenas, regulares o malas, las respuestas fueron positivas en un 13%, es decir, es el porcentaje de chicos que respondió que sus notas eran buenas. La opción regulares la suscribió el 35% de la muestra, mientras que los que dijeron que eran simplemente malas fueron la mayoría, el 62%.

El comportamiento, un aspecto de análisis controvertido en este momento pues como se señaló en páginas anteriores, el estudiante ya no puede ser sancionado con la expulsión, que era el mayor estímulo que tenían quienes tienen tendencia a cometer infracciones. Actualmente los profesores deben quedarse en una reprimenda verbal, que en personas de estas edades hace realmente poca diferencia.

Las respuestas a esta interrogante, que se planteó en la valoración siguiente: a, no tengo problemas de conducta; b, he tenido algún problema; c, casi siempre me llaman la atención por mi comportamiento. La opción a la marcó una minoría importante, el 34%; la b la señaló un 32% de la muestra; finalmente, la opción c la eligió el 34%. A pesar de que estas respuestas pueden responder a una apreciación subjetiva, no es la tarea de esta tesis comprobar en los archivos de la institución la veracidad de las respuestas.

El diagnóstico de la situación de drogas dentro de la institución educativa Isabel Tobar es alarmante, así como también lo es que los padres no se preocupen por la situación de sus hijos, que muchos sepan que consumen y no toman las acciones correspondientes para obtener ayuda que necesitan. Igualmente, el consumo de alcohol normalizado en la inmensa mayoría de las familias envía un mensaje equivocado a los menores, que no encuentran nada reprochable en hacer lo que hacen sus mayores. Los chicos, en esas edades propicias a los descubrimientos y las rebeliones, carecen de la coherencia necesaria para no imitar a aquellos a quienes tanto cuestionan, de hecho, justifican sus malas acciones en las malas acciones de los adultos de su entorno.

5. Aplicación de los planes, las rutas e instrumentos de protección en la Unidad Educativa Isabel Tobar

En la Unidad Educativa se detectó la problemática de las drogas en uso, tenencia para venta y consumo. En unos pocos casos se pudo comprobar, por lo que se decidió aplicar el documento del COMPINA; es así que se elaboró el plan, se crearon las rutas y se elaboraron los instrumentos, de acuerdo a las instrucciones. El siguiente paso fue seguir todo el proceso de la aplicación, ya reseñado en estas páginas. A continuación, en el numeral siguiente, se hace una evaluación de esta implementación.

5.1 Estudio de los resultados de la aplicación de los planes, rutas e instrumentos en la Unidad Educativa Isabel Tobar

La aplicación del plan diseñado en la institución se aplicó a varios estudiantes, en algunos no llegaron a completarse todos los pasos, pues en cuanto los padres o representantes legales llegaban a la institución educativa se negaban a hacer el acompañamiento a sus representados o los retiraban de la unidad educativa. Justificaban estas acciones en su escasa disponibilidad de tiempo, pues trabajaban en la venta al detalle de productos comestibles. En la aplicación en sí, puede dividirse el análisis en tres aspectos: 1. El proyecto de protección y atención a los niños, niñas y adolescentes como política local elaborada por el Consejo Metropolitano de Protección Integral, La infraestructura de los servicios de salud estatales; y la actitud del el entorno educativo, el estudiante y su familia.

En el primer tema El Consejo Metropolitano de Protección Integral a niños, niñas y adolescentes fue creado para dar respuesta a la explosión de consumo de sustancias psicotrópicas y estupefacientes en las distintas instituciones educativas del distrito metropolitano de Quito, en primera instancia se crea esta institución, se elaboran las rutas, se hace una socialización a nivel de autoridades de las instituciones educativas y departamentos de consejería estudiantil de las mismas.

Esta socialización se hizo por una sola ocasión. Tomando como referencia los niveles de desconcentración que ha utilizado el Ministerio de Educación en la Zona 9 a la que pertenece Quito; la misma que a su vez esta subdividida en 9 distritos y cada uno de estos distritos abarcan un aproximado de 80 instituciones.

Por tanto la tarea de socialización fue insuficiente, de manera que se convirtió en una labor titánica poner en práctica las Planes y las rutas para lograr una efectiva

campaña de protección y atención a los niños niñas y adolescentes que estaban de cara frente al consumo, uso y tenencia de alcohol y sustancias psicotrópicas y estupefacientes.

En el único encuentro que hacen los representantes del Consejo Metropolitano de Protección distribuyen un Manual a cada Rector y director del departamento de Consejería Estudiantil de cada institución; esperando que este manual se convierta en una suerte de vademécum frente a la problemática desatada por el uso, consumo y tenencia de sustancias psicotrópicas y estupefacientes y de aparecer dudas o inconvenientes que sugieren que ajusten en el camino.

Por otro lado se presume que la socialización indispensable con la Policía Nacional y Centros de Salud fue escueta y general con quienes en ese momento prestaban los servicios temporales; al parecer no se consideró que el personal de las dos instituciones antes mencionadas trabajan en turnos rotativos y también con transferencia o pases a otras ciudades y provincias, razón por la que al intentar seguir la ruta y protocolo no fluía como se esperaba.

Al la primera autoridad y al director del departamento de Consejería estudiantil de Isabel Tobar también les faltó la socialización de esta ruta con docentes, padres de familia y consecuentemente estudiantes. Por eso el proceso a seguir también al interior de la institución educativa tuvo sus falencias.

Se presume que por esta razón algunos chicos a quienes se les identificó en uso o consumo estas sustancias no estaban interesados en recibir ayuda, y los padres o tutores no se oponían. Ya que llevar a cabo una rehabilitación de un menor implica dedicar mucho tiempo a recorrer oficinas y consultas médicas, hacer llamadas, esperar, volver a llamar; en definitiva, ocuparse del problema casi a tiempo completo. Sin embargo, en otros casos la colaboración del estudiante y de los padres fue mayor; aunque en ningún progenitor se percibió esa urgencia por solucionar el problema, todos alegaban poco tiempo disponible por el trabajo. Quienes no vendían en el mercado o de forma ambulante, tenían empleos en sitios en los que los permisos no se concedían o eran motivo de despido. Así lo afirma Dr. Marco Moreno Psicólogo de la institución.

El segundo aspecto tiene que ver con la cantidad y la calidad de las instalaciones médicas estatales que el seguimiento de una ruta de estas características precisa. Estas no son suficientes y, dese luego, no resultan adecuadas. Adicionalmente, el personal de la Salud tampoco es suficiente para cubrir la demanda de atención médica. A esto se suma el desconocimiento de la ruta como lo anotamos anteriormente. Se encontró que el

trato del personal es en general despótico y puede llegar a considerarse inhumano, con sus salvedades, por supuesto. Pero los padres y tutores son gente sencilla, a quienes las instalaciones públicas y todo el funcionamiento de estos centros de atención sanitaria intimidan; es así que ante el mal trato prefieren no ir. Así lo ratifica el psicólogo de la institución. De modo que la capacitación del personal en trato al usuario es uno de los ámbitos en los que tiene que mejorar el servicio público de salud.

El COMPINA ha elaborado un documento que señala un camino por el que deben transitar los jóvenes consumidores y sus padres, pero ese camino no ocurre en la teoría igual que en la práctica. Pareciera que el Consejo de la Adolescencia ha diseñado unos pasos y unas acciones que se llevan a cabo en un país distinto, en uno donde los servicios públicos de salud son suficientes y de calidad, además de que ofrecen la atención con calidez. Como reza el eslogan en el ministerio de salud. Ciertamente el Ecuador ha crecido en infraestructura hospitalaria y en personal, pero esta atención es específica, especializada, requiere incluso de un tipo de trato distinto, más cercano y humano, lo que no existe.

Conclusiones

Después de haber hecho esta investigación, que implicó trabajar con fuentes secundarias (textos en todos sus formatos) y primarias (encuestas a los estudiantes), se ha llegado a las siguientes conclusiones:

Se concluye que los adolescentes están más expuestos que los adultos jóvenes a adquirir el hábito nocivo de la drogodependencia, al ser una fase no solo de cambios fisiológicos, también y sobre todo psicológicos.

Las drogas son sustancias que modifican la fisiología de quien consume, algunas veces pueden curar enfermedades y otras causarlas.

El consumo de drogas es un hecho histórico, el ser humano ha experimentado con sustancias que le dan placer intenso desde siempre; pero en tiempos anteriores su consumo se limitaba a actos rituales de carácter religioso, uso que se sigue haciendo aún hoy.

Un porcentaje elevado de la población del planeta usa las sustancias estupefacientes y psicotrópicas como un recurso lúdico que les ayuda a relajarse. En algunos casos ese uso recreativo pasa a convertirse en una adicción, es decir, en un problema de consumo que se le sale de control a la persona.

En el Ecuador un drogodependiente era considerado un delincuente hasta hace pocos años, condición que la nueva normativa modificó para adaptarse a los postulados de la Constitución vigente.

La acción más conocida de la política de drogas que despenaliza el consumo se dio en el año 2013 y convierte al drogadicto legalmente en un enfermo por tanto establece una tabla de consumo mínimo permitido, es decir, se legalizó la tenencia de ciertas cantidades y el consumo en vía pública.

Ante el panorama alarmante de la amplia oferta y el alto consumo de productos estupefacientes y psicotrópicos en el país, en la ciudad de Quito el Consejo Metropolitano de Protección Integral a la Niñez y Adolescencia, COMPINA, entidad del gobierno local que trabaja por el bienestar del menor, pone a disposición de las instituciones educativas de la ciudad un manual para elaborar planes, rutas e instrumentos que protejan a niños, niñas y adolescentes de las drogas.

El Consejo Metropolitano de Protección de Niños, Niñas y adolescentes, al elaborar sus planes, rutas e instrumentos, se equivoca en varios aspectos; primero, en las

infraestructuras estatales, se diría que lo ha hecho pensando en un país europeo del estado del bienestar, con hospitales equipados con instrumento y personal capacitado y concienciado.; segundo, no cuenta con que las autoridades de la institución educativa necesitan una guía, una persona, y solo envía un manual de instrucciones; en tercer lugar, no se hace cargo de nada, es decir, no enlaza a las unidades educativas con la Policía, los hospitales, los distintos ministerios. Nada, no hace nada más que entregar un documento.

Cuando la Unidad Educativa Isabel Tobar diagnosticó uso, tenencia y consumo en sus instalaciones y en las inmediaciones de la misma enfrente dos situaciones. La primera es la poca capacidad de maniobra que tienen los directivos de una institución educativa para tratar con los niños y jóvenes que consumen y eventualmente se convierten en vendedores, debido a que la normativa actual prohíbe sancionar. La segunda situación es la implementación de la ruta elaborada por el COMPINA.

La ruta del Consejo en su aplicación en la institución permite concluir que no es suficiente para tratar este problema, de hecho, se queda en un conjunto de instrucciones de poco valor ante la realidad del país. Entre otras razones, porque esta ruta, que se centra realmente en la prevención y cuyo enfoque integral u holístico, como ofrece, no se halla por ninguna parte, cuenta para su funcionamiento con las infraestructuras de atención de salud pública, las que en la actualidad están sobrepasadas en su capacidad.

Por último, el consumo de drogas no tiene un sesgo de clase, consumen en todos los segmentos de la sociedad, pero en la clase más pobre sus efectos son más devastadores por varios factores añadidos, como la mala alimentación, la poca asistencia médica, los escasos espacios recreativos, el poco deporte que el niño y el joven de escasos recursos pueden practicar. En definitiva, el chico de clase alta tiene más posibilidades de ser rehabilitado porque la familia cuenta con los recursos económicos que la gestión cuesta.

En el caso de las familias pobres, acuden a los servicios públicos como único recurso para sobrellevar la situación, pero la experiencia negativa que las autoridades de la unidad educativa Isabel Tobar al intentar cumplir con la ruta establecida por el Consejo Metropolitano de protección a niños, niñas y adolescentes ha demostrado que es bastante difícil contar en los plazos en que se necesita con los servicios de atención de salud estatales.

Además llevar a cabo la ruta implica que se debe tener personal extra en la institución para cubrir las responsabilidades que el tutor debe asumir si uno de sus

dirigidos está inmerso en este problema mientras se hace el seguimiento de la ruta. Resulta también utópico pensar que se debe movilizar a la policía especializada en menores para estén vigilantes de que no se vulneren en ningún momento los derechos de los niños, niñas y adolescentes implicados en uso, consumo o tenencia de sustancias psicotrópicas.

Al final, al no contar las familias de escasos recursos con una trabajo estable ni bien remunerado, menos aún con el tiempo que demanda esta ruta, a las gestiones, las idas y venidas a la policía, a la institución educativa, a los centros de salud pública, etc., implican desatender al resto de la prole. en muchos de los casos prefieren abandonar el proceso y confían en que su hijo o hija se rehabilite sin ayuda médica alguna. Es decir, prefieren ignorar el problema ante su impotencia.

Recomendaciones

Se presenta como una tarea compleja hacer recomendaciones a las familias de los niños, niñas y adolescentes que se encuentran atrapados en esta difícil situación, pues las condiciones de vida, en las que ambos padres trabajan o en las que solo queda la madre, o solo el padre para cuidar a los hijos, convierten en una tarea ardua la vida misma.

Las recomendaciones, en cambio, son para los gobiernos, tanto de ámbito local como nacional, y es que deben, de manera urgente, elaborar y poner en vigencia políticas públicas para prevenir más que combatir esta problemática social que hipoteca el futuro de las sociedades.

Deben tomarse en cuenta experiencias de países que combatieron este flagelo mediante la oferta de actividades extracurriculares centradas en el deporte y el arte, gratuitas y monitoreadas, para jóvenes cuyos padres no están en casa y para todos los que quieran usar su tiempo libre desarrollando alguna actividad.

En lo que respecta a las rutas planes e instrumentos, es urgente una redefinición, pues, como ya se ha dicho, estos no dieron los resultados esperados.

Las experiencias positivas en otros países en la prevención de consumo de sustancias que crean dependencia deben ser estudiadas para ser, posiblemente, adaptadas y replicadas aquí.

Es imperativo que en el Ecuador, desde las entidades estatales, se haga pedagogía con la normativa. Tienen que divulgarse las leyes, socializarlas, hacerlas conocer a la población en su totalidad. La cultura de la prevención debe constituirse en eje transversal en el sistema educativo nacional en todos sus niveles: Inicial, Educación General Básica Bachillerato y Universidad

Los medios de comunicación pública, que se dedican a ganar dinero con la transmisión de estereotipos culturales marginales y estereotipos machistas, tienen un deber con la sociedad que los ha enriquecido de dedicar espacios a la divulgación de la normativa. Esto tiene que hacerse de forma urgente para crear en la población una cultura jurídica que le permita al ciudadano saber que tales actos constituyen infracciones o delitos.

Bibliografía

- Aguilar Astorga, Carlos Ricardo. 2017. *Evaluación de políticas públicas. Una aproximación*. México, D.F.: Universidad Autónoma Metropolitana.
- Andes. 2017. 22 de agosto. Último acceso: 15 de marzo de 2018. <https://www.andes.info.ec/en/noticias/sociedad/1/universidades-ecuatorianas-conforman-red-nacional-prevencion-integral-uso-consumo-drogas>.
- Asamblea Constituyente. 2008. «Constitución de la República del Ecuador.» Quito: Registro Oficial, n.º 449, 20 de octubre.
- Asamblea Nacional. 2011. «Ley Orgánica de Educación Intercultural.» Quito: Registro Oficial, Segundo Suplemento, 417, 31 de marzo.
- . 2014. «Código Orgánico Integral Penal.» Quito: Registro Oficial, Suplemento, 180, 10 de febrero.
- Asamblea Nacional. 2015. «Ley Orgánica de Prevención Integral Fenómeno Socio Económico Drogas,» Quito: Registro Oficial, Suplemento, 615, 26 de octubre.
- Bejarano Sánchez, Ramón. 2008. «La adolescencia como fenómeno cultural.» *Huelva* (Servicio de Publicaciones Universidad de Huelva 41.) 36-78.
- Burgos, Mariam. 2015. «Nueva ley de drogas y la marihuana en el Ecuador.» *Plan V*, 11 de diciembre.
- Carretero Rodríguez, Mario. 1999. «Adolescencia, madurez y senectud.» En *Psicología evolutiva 3*, de Jesús Palacios González y Álvaro (comp.) Marchesi Ullastres, 2-15. Madrid: Alianza Editorial.
- Comité Interinstitucional de Drogas. 2017. *Plan Nacional de Prevención Integral y Control del Fenómeno Socio Económico de la Droga 2017-2021*. Quito: Secretaría Técnica de Prevención Integral de Drogas.
- COMPINA. 2014. *Planes Rutas e Instrumentos para la Protección Integral de Niños, niñas y Adolescentes frente a las drogas en las Instituciones Educativas del Distrito Metropolitano de Quito*. Quito, Pichincha: COMPINA.
- Congreso Nacional. 2003. «Código de la Niñez y Adolescencia.» Quito: Registro Oficial n.º 737, 3 de enero.
- Congreso Nacional. 2006. «Ley Orgánica de Salud.» Quito: Registro Oficial, Suplemento, 423, 22 de diciembre.

- Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas. 2012. «Plan nacional de prevención integral de drogas 2012-2013.» Quito: CONSEP.
- Cutria, Adrián, Érica Hammermüllera, Ana Zubietaa, Beatriz Müller, y Lilia Migueleza. 2012. «Trabajo infantil: una problemática social que nos compromete»,» *Revista de la Sociedad Argentina de Pediatría* 4 (110): 350-8.
- Diario La Hora. 2008. *Parque Italia cambiará de vida*. 24 de Marzo. Último acceso: 17 de Septiembre de 2017. <https://lahora.com.ec/noticia/698102/parque-italia-cambiar3a1-de-vida>.
- Diario El Telégrafo. 2013. *eltelegrafo.com.ec*. 18 de Junio . Último acceso: 17 de Septiembre de 2017. <http://www.eltelegrafo.com.ec/noticias/judicial/13/la-nueva-tabla-para-consumo-de-drogas-es-una-guia-para-jueces>.
- Durston, John. 2001. «Juventud rural y desarrollo en América Latina. Estereotipos y realidades.» En *Adolescencia y juventud en América Latina*, de Solum Donas Burak (comp.), 99-116. Cartago: Libro Universitario Regional.
- EC. Asamblea Nacional. 2012. «Reglamento a la Ley Orgánica de Educación Intercultural.» Registro Oficial 754, Suplemento, 26 de julio.
- El Telégrafo. 2017. *eltelegrafo.com.ec/noticias*. 6 de septiembre. Último acceso: 8 de enero de 2018. <http://www.eltelegrafo.com.ec/noticias/39/13/seis-leyes-de-proteccion-a-la-ninez-sancionan-la-violencia-sexual>.
- El Telégrafo, Diario. 2013. «La edad promedio de inicio de consumo de drogas es de 14,3 años.» *Diario el Telégrafo*, 01 de Agosto.
- El Universo. 2014. «Menores, blanco del microtráfico de drogas.» *El Universo*, 14 de diciembre. Último acceso: 15 de marzo de 2018. <https://www.eluniverso.com/noticias/2014/12/14/nota/4338366/menores-blanco-microtrafico-drogas>.
- El Universo. 2015. «Consep desaparece con la nueva Ley de Prevención de Drogas.» *El Universo*, 5 de octubre. Último acceso: 13 de marzo de 2018. <https://www.eluniverso.com/noticias/2015/10/05/nota/5167250/consep-desaparece-nueva-ley-droga>.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. 2011. *La adolescencia: una época de oportunidades*. New York: UNICEF.
- Fondo de las Naciones Unidas para la infancia . 2011. *La adolescencia: una época de oportunidades*. New York: UNICEF.

- Fandiño Parra, José. 2011. «Los jóvenes hoy: enfoques, problemáticas y retos.» *Revista Iberoamericana de Educación* II (4): 150-163.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia . 2002. *Adolescencia*. Nueva York: UNICEF.
- Freud, Anna. 1976. *Psicoanálisis del desarrollo del niño y del adolescente*. Buenos Aires: Paidós.
- HpSis. 2017. *HpSis*. Junio. Último acceso: 17 de Septiembre de 2017. <http://www.cocaina.es/coca-y-cocaina.php>.
- Iglesias Diz, José Luis. 2013. «Desarrollo del adolescente: aspectos físicos, psicológicos y sociales.» *Pediatría Integral: Revista de la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Integral* XVII (2): 88-93.
- Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos. 2011. «inec.ec.» *Encuesta de estratificación de nivel socioeconómico*. Último acceso: 12 de Diciembre de 2017. http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/Encuesta_Estratificacion_Nivel_Socioeconomico/111220_NSE_Presentacion.pdf.
- La Información. 2016. *lainformacion.com*. 10 de octubre. Último acceso: 27 de enero de 2018. https://www.lainformacion.com/policia-y-justicia/castiga-pais-menores-cometen-delito_0_961404217.html.
- Lévi-Strauss, Claude. 1999. *Raza y cultura*. Madrid: Altaya.
- Lindblüm, Charles. 1991. *El proceso de elaboración de políticas públicas*. Traducido por Eduardo Zapico Goñi. Madrid: Ministerio para las Administraciones Públicas.
- Macedo, Beatriz. 2003. «unesco.org.» *Educación secundaria en áreas rurales*. Último acceso: 10 de Diciembre de 2017. <http://unesdoc.unesco.org/images/0016/001611/161192s.pdf>.
- Marina, José Antonio, María Teresa Rodríguez de Castro, y Mariola Lorente Arroyo. 2012. *El nuevo paradigma de la adolescencia*. Madrid: Centro Reina Sofía.
- Martín Jaime, Fernando, Gustavo Dufour, Martín Alessandro, y Paula Amaya. 2013. *Introducción al análisis de política pública*. Florencio Varela: Universidad Nacional Arturo Jauretche.
- Martín del Barrio, Javier. 2016. «El experimento de Portugal con las drogas tiene consenso 15 años después.» *El País*, 25 de abril. Último acceso: 14 de marzo de 2018.

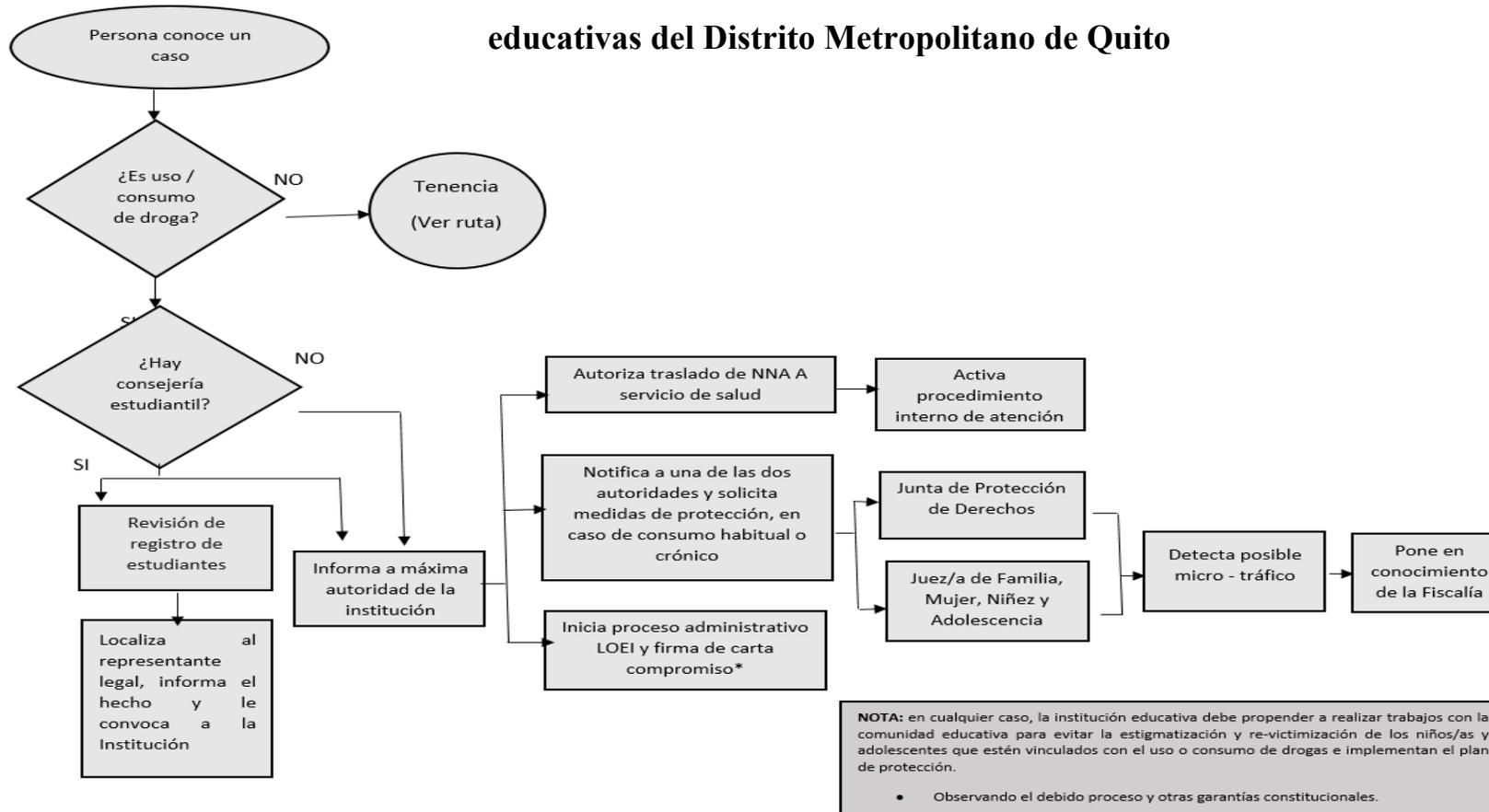
- https://elpais.com/internacional/2016/04/22/actualidad/1461326489_800755.htm
l.
- Meece, Judith L. 2001. *Desarrollo del niño y del adolescente. Compendio para educadores*. Traducido por José C. Pecina Hernández. México, D.F.: McGraw-Hill.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. 2016. *Atención integral del consumo nocivo de alcohol, tabaco y otras drogas. Protocolo* . Quito: Ministerio de Salud Pública / Dirección Nacional de Normatización-Comisión de Salud Mental MSP.
- Ministerio de Educación. 2013. *educacion.gob.ec*. Último acceso: Diciembre de 2017. <https://educacion.gob.ec/el-cambio-de-denominacion-de-instituciones-educativas-no-afectara-la-calidad-de-la-oferta-educativa-tecnica-y-los-titulos-otorgados/>.
- National Institute on Drug Abuse . 2008. *Las drogas, el cerebro y el comportamiento: la ciencia de la adicción*. Maryland: NIDA.
- Observatorio Nacional de Drogas / Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas. 2013. «Boletín informativo.» *Observando*. Quito: OND / CONSEP, noviembre.
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. 2013. *Abuso de drogas en adolescentes y jóvenes y vulnerabilidad familiar*. Lima: Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (UNODC) .
- Organización Mundial de la Salud / Organización Panamericana de la Salud. 2005. *Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas*. Maryland: OMS / OPS.
- Organización Mundial de la Salud. 2008. *Glosario de términos de alcohol y drogas*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo de España / Organización Mundial de la Salud .
- Organización Panamericana de la Salud. 2009. *Epidemiología del uso de drogas en América Latina y el Caribe: Un enfoque de salud pública*. Washington, D.C.: OPS / OMS.
- Organización Mundial de la Salud. 2018. *who.int*. 28 de febrero. Último acceso: 3 de marzo de 2018. http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/.

- Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. 2016. *Juventud rural y empleo decente en América Latina*. Santiago: Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura.
- Organización Internacional del Trabajo, “. 2016. *Convenios y Recomendaciones de la OIT sobre trabajo infantil*. Último acceso: mayo de 2018. <http://www.ilo.org/ipecc/facts/ILOconventionsonchildlabour/lang--es/index.htm>.
- Organización Mundial de la Salud. 2004. *Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas*. Ginebra: OMS.
- Ortega y Gasset, José. 1914. *Meditaciones del Quijote*. Madrid: Publicaciones de la Residencia de Estudiantes.
- Ortiz, Sara. 2016. «Hasta 30 días es suspendido el alumno que vende drogas.» *El Comercio*, 7 de febrero. Último acceso: 15 de marzo de 2018. <http://www.elcomercio.com/actualidad/droga-estudiantes-colegios-estupefacientes-consumidores.html>.
- Pérez Milena, Alejandro, Eduardo Ramírez Segura, Ignacio Jiménez Pulido, María Martínez Fernández, y Ricardo Pérez Milena. 2008. «Diferencias en el consumo urbano y rural de alcohol, tabaco y drogas en adolescentes.» *Med fam Andal IX* (1): 10-7.
- pijamasurf.com. 2014. *pijamasurf.com*. 3 de Abril. Último acceso: 17 de Septiembre de 2017. <http://pijamasurf.com/2014/03/estas-son-las-8-drogas-legales-mas-adictivas/>.
- Real Academia Española de la Lengua. 2014. *Diccionario de la lengua española*. Vigésimo Tercera. Madrid: Espasa.
- Rudich, Julieta. 2014. «La ONU se pronuncia a favor de la despenalización del consumo de drogas.» *El País*, 14 de marzo. Último acceso: 14 de marzo de 2018. https://elpais.com/sociedad/2014/03/14/actualidad/1394823075_210084.html.
- Salvador Jijón, Marcelo, Carlos Larrea, Pedro. Belmont, y Camilo Baroja. 2014. «Un índice difuso de niveles socioeconómicos en Quito.» *REVISTA EPN* 34 (1): 13-23.
- Secretaría Técnica de Drogas. 2017. *prevenciondrogas.gob.ec*. Último acceso: 15 de marzo de 2018. <http://www.prevenciondrogas.gob.ec/?p=4129>.

- Secretaría Técnica de Prevención Integral de Drogas. 2017. *prevenciondrogas.gob.ec*. octubre. Último acceso: 27 de enero de 2018. <http://www.prevenciondrogas.gob.ec/?p=673>.
- Silva Diverio, Irene, Roberto Durán, Iván Alaiz, Iván Sánchez, Ana Serapio Costa, Verónica Azañedo, y Marta M^a Garrote Cerrato. 2007. *La adolescencia y su interrelación con el entorno*. Madrid: Instituto de la Juventud.
- Viña, Ivette. 2015. «Narcos captan a más menores para la venta de drogas.» *El Comercio*, 26 de febrero. Último acceso: 15 de marzo de 2018. <http://www.elcomercio.com/actualidad/drogas-narcotrafico-microtrafico-menores-venta.html>.

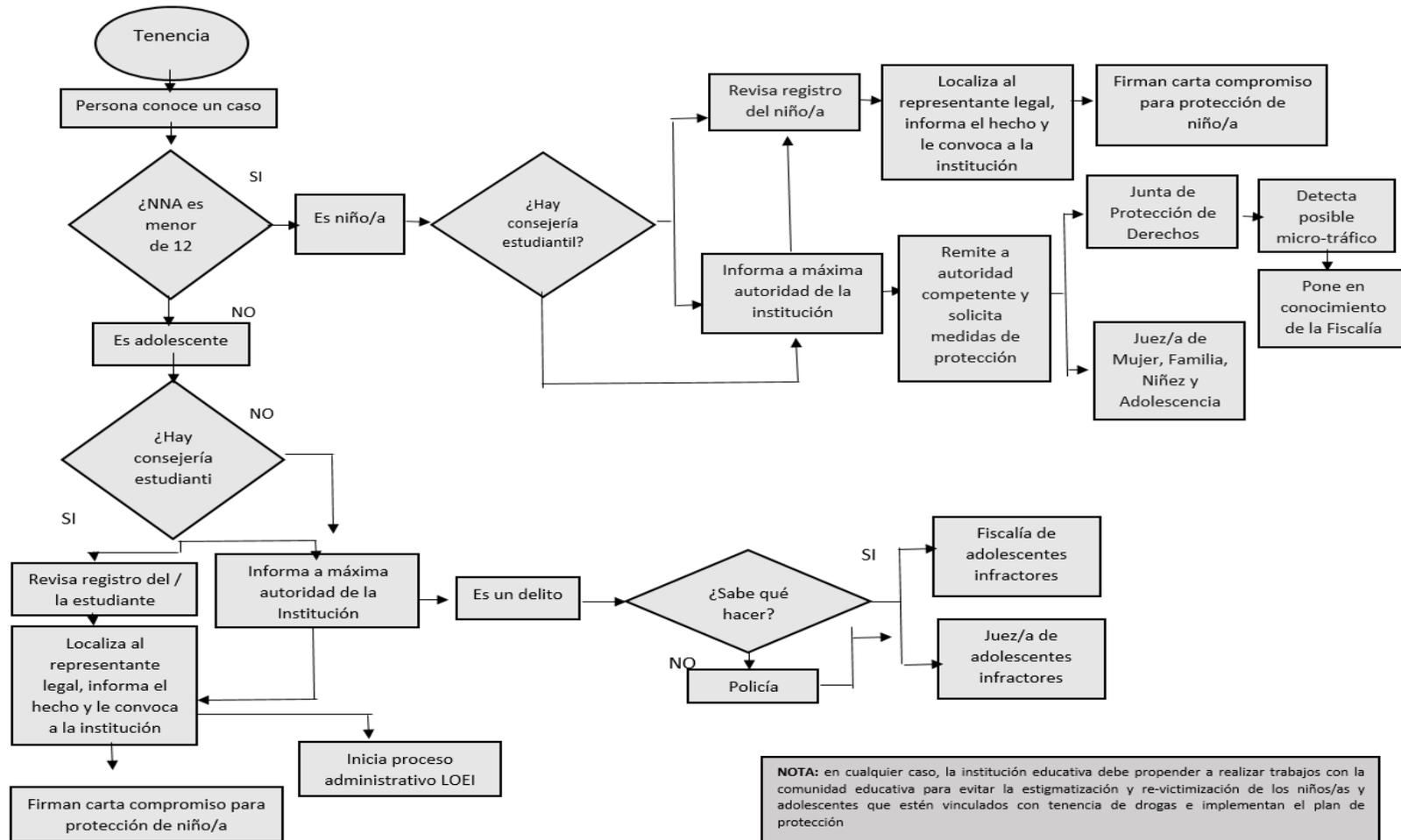
Anexos

Anexo 1: Ruta de protección de niños, niñas y adolescentes frente al uso y consumo de drogas en las instituciones educativas del Distrito Metropolitano de Quito



Fuente y Elaboración (COMPINA, 2014)

Anexo 2: Ruta de protección de niños, niñas y adolescentes encontrados en tenencia de sustancias estupefacientes y psicotrópicas en los centros educativos



Anexo 3: Cuestionario de la entrevista que se hace a adolescente encontrado en uso o consumo de sustancias ilegales y tratado de acuerdo al manual del Consejo Metropolitano de protección a niños, niñas y adolescentes.

(Unidad Educativa Isabel Tobar, calle Gaspar de Carvajal 353 y Humberto Albornoz en el sector de Santa Prisca)

1. ¿Con qué frecuencia has consumido drogas?
 - Solo una vez
 - Dos veces en semana
 - Los viernes
 - Todos los días
2. ¿Desde cuándo consumías?
 - Hace una semana
 - Hace un mes
 - Desde hace dos a seis meses
 - Desde hace siete meses a un año
 - Haces unos dos años
 - Hace tres años y más
3. ¿Qué productos?
 - Alcohol
 - Marihuana
 - Base
 - Otro
4. ¿Cuando consumías, tenías alguna información sobre los efectos que causa consumir drogas?
 - Si conocía algo
 - No conocía nada
 - Consumir, no pasa nada, todo depende de la persona.
5. ¿Con quienes consumías?
 - Amigos de la unidad educativa
 - Amigos del barrio

- Solo
 - Con cualquiera
6. ¿De dónde venía la gente que te proveía del producto que consumías?
- De la unidad educativa
 - De la calle
 - De otros barrios
7. ¿Tu familia ya sabía que consumías?
- Algunos
 - Mi mamá
 - Mi (s) hermano (s)
 - Ninguno
8. ¿Cómo te sentiste una vez que te descubrieron consumiendo en la institución educativa?
- Mal / avergonzado
 - Asustado/Preocupado
 - Normal/tranquilo
9. ¿Quién te encontró consumiendo y que hicieron ?
- un amigo y me acolitó, se quedó callado.
 - un profesor (a), conversó conmigo y me aconsejó que ya no lo haga.
 - un profesor (a) y me llevó a la inspección
 - un profesor (a) y me llevó al Departamento de Consejería Estudiantil
10. ¿cómo actuó luego de esto
- el inspector, llamó a mis padres y me suspendió 15 a 30 días.
 - el Psicólogo llamó a mis padres , a la policía y mientras venían el psicólogo y mi tutor me llevaron al centro médico del barrio.
11. En el centro medico del barrio
- Me atendieron y llegaron mis padres y la policía y me explicaron de una ruta que debían seguir, el colegio, el departamento de consejería estudiantil, la policía y el centro médico.
 - Llegaron solo mis padres me llevaron a colegio y firmamos una carta compromiso mis padres y yo.
 - Nunca llegó nadie y el sicólogo del colegio, mi tutor y yo regresamos al colegio y me hizo unas recomendaciones el psicólogo y nada más.

12. ¿Consideras que te ayudó?

- Sí
- No

13. ¿En qué sentido lo hizo?

- Ahora sé que daña a la salud
- Mis padres se comprometieron a ayudarme para dejar de consumir

14. ¿Piensas que ya no volverás a consumir?

- No sé
- Creo que no
- Seguro que no
- Eso espero

15. En algún momento en el colegio te hablaron en el colegio que los niños, niñas y adolescentes que se les encuentra consumiendo o usando alcohol o drogas se les debe realizar una ruta atención y protección y que no los deben sancionar?

- Si
- No