

**REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA  
UNIVERSIDAD DEL ZULIA  
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y SOCIALES  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS PARA GRADUADOS  
DOCTORADO EN CIENCIAS SOCIALES**



**MODELO DE POLÍTICA SOCIAL PARA AFRONTAR EL CONSUMO  
PROBLEMÁTICO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVANTES EN LA POBLACIÓN  
SALVADOREÑA, DESDE LA SALUD INTERNACIONAL**

Tesis Doctoral para optar al Título de  
Doctora en Ciencias Sociales

**AUTORA: CRISTINA GLORIBEL JUÁREZ DE AMAYA**

**TUTOR: DR. JUAN DANIEL GÓMEZ ROJAS**

**MARACAIBO, VENEZUELA, DICIEMBRE 2015**

## TÍTULO DE LA TESIS

MODELO DE POLÍTICA SOCIAL PARA AFRONTAR EL CONSUMO  
PROBLEMÁTICO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVANTES EN LA POBLACIÓN  
SALVADOREÑA, DESDE LA SALUD INTERNACIONAL

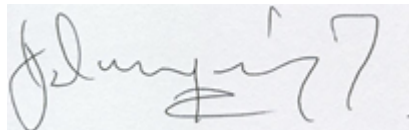
**AUTORA:** CRISTINA GLORIBEL JUÁREZ DE AMAYA  
DUI N° 01971553-1; PASAPORTE N° A01971553  
DIRECCIÓN: RES. MONTEBELLO, AV. MONTES URALES, PJE. 2, CASA 19-C,  
SAN SALVADOR, EL SALVADOR  
TEL: (503) 7601-8024 E-MAIL: [cjuarez9007@yahoo.com](mailto:cjuarez9007@yahoo.com)

**FIRMA:**



**TUTOR:** DR. JUAN DANIEL GÓMEZ ROJAS

**FIRMA:**



## **AGRADECIMIENTOS**

### **A Dios**

Porque en su soberanía, poder y misericordia, el Señor Jesús abrió puertas y dispuso personas para la realización de este proyecto.

*“El fin de todo el discurso oído es este: Teme a Dios, y guarda sus mandamientos; porque esto es el todo del hombre”. Eclesiastés 12:13*

### **A mi Familia**

Por acompañarme en mis sueños al hacerlos suyos y por su apoyo incondicional.

### **Al Tutor de Tesis**

Por su asesoría constante y por su vocación de maestro.

### **A La Universidad Evangélica de El Salvador, UEES**

Por el beneficio de beca otorgado y por el apoyo brindado en la publicación de las Investigaciones, tanto en revistas científicas nacionales e internacionales como en Libros de la Colección Drogas, del Sello Editorial UEES, Dirección de Publicaciones de la Vicerrectoría de Investigación y Proyección Social.

### **A La Comisión Nacional Antidrogas, El Salvador**

Por haber facilitado la recolección de los datos en el marco *del Informe Nacional sobre Drogas El Salvador 2014*, poniendo a disposición los informes cualitativos y cuantitativos de las acciones ejecutadas por las instancias que conforman la Red Nacional de Información sobre Drogas de El Salvador.

En especial a la Licda. Alma Cecilia Escobar de Mena, Coordinadora del Área de Investigación de la CNA.

### **A La Universidad del Zulia, Venezuela.**

Por su compromiso con el desarrollo académico de los profesionales de países centroamericanos y su proyección internacional.

En especial a la Dra. Patricia Gillezeau, Coordinadora, Cohorte I – El Salvador.

# ÍNDICE DE CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	22
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA	
1.1 Planteamiento del Problema	24
1.2 Formulación del Problema	53
1.3 Hipótesis	53
1.4 Objetivos	54
1.5 Justificación	55
1.6 Viabilidad y Limitaciones	58
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1 Antecedentes	59
2.2 Bases Teóricas	93
2.3 Definición de Términos	100
2.4 Sistema de Variables	106
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	
3.1 Nivel de Investigación	108
3.2 Diseño de la Investigación	108
3.3 Técnicas y Procedimientos de Recolección de Datos	110
3.4 Técnicas de Procesamiento y Análisis de Datos	112
CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y ANÁLISIS	
4.1 Resultados y Discusión del PNAD 2002-2008	113
4.2 Resultados y Discusión de la ENA 2011-2015	133
4.3 Hacia la definición de una Política Social en Drogas	210
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES	237
CAPÍTULO VI: RECOMENDACIONES	246
BIBLIOGRAFÍA	248

## ÍNDICE DE FIGURAS, TABLAS Y GRÁFICOS

### FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Estructura Orgánica de la Comisión Nacional Antidrogas.	37
Figura 2. Comportamiento de la Producción y Consumo de Drogas.	52
Figura 3. Producción Potencial de Cocaína.	69
Figura 4. Prevalencia Anual del Consumo de Marihuana en América y El Caribe.	71
Figura 5. Factores Determinantes en el Abuso y Dependencia de Drogas.	90
Figura 6. Esquema Adoptado de la Teoría General de Sistemas.	94
Figura 7. Modelo Crítico-Holístico del Enfoque de Salud Internacional.	95
Figura 8. Contexto Nacional e Internacional del Fenómeno de las Drogas.	115
Figura 9. Sistema de Reducción de la Oferta y Reducción de la Demanda.	236

### TABLAS

Tabla 1. Objetivos y acciones del área prevención integral del consumo PNAD 2002-2008.	116
--	-----

Tabla 2. Logros y evidencias del área de prevención integral del consumo PNAD 2002-2008.	117
Tabla 3. Principales desafíos del área de prevención integral del consumo PNAD 2002-2008.	117
Tabla 4. Análisis FODA del área de prevención integral del consumo PNAD 2002-2008.	118
Tabla 5. Objetivos y acciones del área de tratamiento, rehabilitación y reinserción PNAD 2002-2008.	120
Tabla 6. Logros y evidencias del área de tratamiento, rehabilitación y reinserción PNAD 2002-2008.	121
Tabla 7. Principales desafíos del área de tratamiento, rehabilitación y reinserción PNAD 2002-2008.	122
Tabla 8. Análisis FODA del área de tratamiento, rehabilitación y reinserción PNAD 2002-2008.	122
Tabla 9. Objetivos y acciones del área de Investigación, información y estadísticas PNAD 2002-2008.	125
Tabla 10. Logros y evidencias en el área de investigación PNAD 2002-2008.	125
Tabla 11. Principales desafíos del área de investigación PNAD 2002-2008.	127
Tabla 12. Análisis FODA del área de investigación PNAD 2002-2008.	128

Tabla 13. Objetivos y acciones área información y estadísticas PNAD 2002-2008.	129
Tabla 14. Logros y evidencias en el área de información y estadística PNAD 2002-2008.	129
Tabla 15. Principales desafíos del área de información y estadística PNAD 2002-2008.	130
Tabla 16. Análisis FODA del área de información y estadística PNAD 2002-2008.	130
Tabla 17. Análisis FODA del PNAD 2002-2008.	132
Tabla 18. Análisis comparativo, Componentes del PNA 2002-2008 y ENA 2011-2015.	134
Tabla 19. Porcentaje y número de personas con abuso o dependencia de Marihuana según sexo.	141
Tabla 20. Prevalencias según sexo y edad. Estudio Nacional sobre Consumo de Drogas en Población General de 12 a 65 años de edad. 2014.	144
Tabla 21. Prevalencias según sexo y edad. Estudio Nacional sobre Consumo de Drogas en Universitarios. 2012.	145
Tabla 22. Porcentaje de universitarios que perciben que es fácil conseguir marihuana, y ha recibido oferta de marihuana, según grupos de edad (años).	148
Tabla 23. Conductores detenidos por tipo de droga período 2009-2014.	151
Tabla 24. Causas que provocaron los accidentes de tránsito con lesionados y fallecidos, período 2009 – 2014.	152

Tabla 25.	
Pacientes atendidos de primera vez, por trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de SPAs en Centros de Atención del MINSAL y FOSALUD. Periodo 2009-2014.	163
Tabla 26.	
Consolidado de pacientes atendidos por trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de SPAs en Centros de Atención del MINSAL y FOSALUD, por sexo, durante el período 2009-2014.	164
Tabla 27.	
Número de casos atendidos de primera vez en dispositivos reconocidos por el Estado, distribuidos por sexo, edad y tipo de establecimiento: MINSAL-FOSALUD y HOGARES CREA. Periodo 2009-2014.	166
Tabla 28.	
Comparación de los resultados esperados con los resultados obtenidos en el último período, en el área de Reducción de la Demanda. ENA 2011-2015.	169
Tabla 29.	
Incautaciones por tipo de droga y año, período: 2004-2008.	170
Tabla 30.	
Incautaciones por tipo de droga y año, período: 2009-2014.	171
Tabla 31.	
Incautación de Precursores y Sustancias Químicas, período 2004-2008.	172
Tabla 32.	
Incautación de Precursores y Sustancias Químicas, período 2009-2014.	173
Tabla 33.	
Detenidos por Tráfico Ilícito de Drogas, período 2004-2008.	174
Tabla 34.	
Detenidos por Tráfico Ilícito de Drogas, período 2009-2014.	175
Tabla 35.	
Número de Personas que fueron formalmente acusadas y condenadas por tráfico ilícito de drogas, período 2009-2014.	176
Tabla 36.	
Detenidos por Posesión de Drogas, período 2004-2008.	177

Tabla 37. Detenidos por Posesión de Drogas, período 2009-2014.	178
Tabla 38. Número de Personas que fueron formalmente acusadas y condenadas por posesión y tenencia de drogas, período 2009-2014.	178
Tabla 39. Análisis de Sustancias Controladas, período 2010 – 2014.	181
Tabla 40. Número de personas que fueron formalmente acusadas y condenadas por delitos de lavado de dinero, período 2009-2014.	189
Tabla 41. Capacitaciones desarrolladas por la UIF en el periodo 2013 – 2015.	192
Tabla 42. Comparación de los resultados esperados con los resultados obtenidos en el último período, en el área de Reducción de la Oferta. ENA 2011-2015.	194
Tabla 43. Actividades Regulatorias Relacionadas al Control de Productos Farmacéuticos. Período 2009-2014.	196
Tabla 44. Autorización de Exportaciones de Sustancias Precursoras.	197
Tabla 45. Comparación de los resultados esperados con los resultados obtenidos en el último período en el país, en el área de Control de Sustancias y Productos Sujetos a Fiscalización. ENA 2011-2015.	198
Tabla 46. Monto de presupuesto ejecutado para el funcionamiento de la Comisión Nacional Antidrogas durante el período 2010-2014. (Cifras en USD).	199
Tabla 47. Monto estimado del presupuesto ejecutado para la implementación de la Estrategia Nacional Antidrogas durante el período 2010-2014 (Cifras en USD).	200
Tabla 48. Confrontación de los resultados esperados con los resultados obtenidos en el último período en el país, en el Área de Legislación. ENA 2011-2015.	201

Tabla 49.	
Confrontación de los resultados esperados con los resultados obtenidos en el último período, en el área de Capacitación. ENA 2011-2015.	202
Tabla 50.	
Confrontación de los resultados esperados con los resultados obtenidos en el último período, en el área de Sistemas de Información y Estadísticas. ENA 2011-2015.	202
Tabla 51.	
Confrontación de los resultados esperados con los resultados obtenidos en el último período, en el área de Investigación y Estudios. ENA 2011-2015.	203
Tabla 52.	
Confrontación de los resultados esperados con los resultados obtenidos en el último período, en el área de Gestión y Cooperación. ENA 2011-2015.	203
Tabla 53.	
Confrontación de los resultados esperados con los resultados obtenidos en el último período, en el área de Coordinación. ENA 2011-2015.	204
Tabla 54.	
Confrontación de los resultados esperados con los resultados obtenidos en el último período, en el área de Fortalecimiento Institucional. ENA 2011-2015.	204
Tabla 55.	
Recomendaciones de la CICAD-OEA a El Salvador, en el Área de Fortalecimiento Institucional. 2013-2014.	205
Tabla 56.	
Recomendaciones de la CICAD-OEA a El Salvador, en el Área de Reducción de la Demanda. 2013-2014.	206
Tabla 57.	
Recomendaciones de la CICAD-OEA a El Salvador, en el Área de Reducción de la Oferta. 2013-2014.	207
Tabla 58.	
Recomendaciones de la CICAD-OEA a El Salvador, en el Área de Medidas de Control. 2013-2014.	208

Tabla 59. Recomendaciones de la CICAD-OEA a El Salvador, en el Área de Cooperación Internacional. 2013-2014.	209
--	-----

## GRÁFICOS

Gráfico 1. Número de personas con consumo de riesgo o perjudicial de alcohol, según sexo y grupo de edad.	136
Gráfico 2. Porcentaje de personas con consumo de riesgo o perjudicial de alcohol, según zona geográfica.	137
Gráfico 3. Número de personas con signos de dependencia de alcohol por sexo y grupo de edad.	138
Gráfico 4. Prevalencia de último año de cualquier droga, según sexo y grupo de edad. Comparativo de estudios 2005 y 2014.	139
Gráfico 5. Número de personas con abuso o dependencia de cualquier sustancia ilícita.	139
Gráfico 6. Prevalencia de uso de marihuana en el último año, según sexo y grupos de edad.	140
Gráfico 7. Porcentaje de personas con abuso o dependencia de marihuana según zona geográfica.	141
Gráfico 8. Porcentaje de universitarios con consumo riesgoso o perjudicial de alcohol, según sexo y rango de edad.	143
Gráfico 9. Percepción de “ <i>Gran Riesgo</i> ” de consumir cinco o más tragos de alcohol diariamente.	146
Gráfico 10. Conductores detenidos bajo los efectos del alcohol, período 2009-2014.	151

Gráfico 11.  
Cantidad de personas formalmente acusadas y condenadas por delitos  
de lavado de dinero, período 2009-2014. 189

Gráfico 12.  
Casos en que se inició investigación por delitos de lavado de activos,  
período 2009-2014. 190

## ÍNDICE ONOMÁSTICO

	Pág.
María Isabel Rodríguez Ministra de Salud de El Salvador 2011.	34
Carlos Escalante Director de Salud Mental de El Salvador 2011.	34
Otto Pérez Molina Presidente de Guatemala, 2012.	42
María de los Ángeles Pineda Candidata a Alcaldesa de Iguala México, 2015.	43
José Luis Abarca Velásquez Alcalde de Iguala, México, 2012-2014.	43
Jesús Murillo Karam Procurador General de la República de México, 2015.	43
Ricardo Perdomo Ministro de Justicia y Seguridad Pública El Salvador, 2014	45
Francisco Cumsille Director del Observatorio Interamericano sobre Drogas. Washington D.C., 2013.	65
Barack Obama Presidente de los Estados Unidos, 2015.	67
José Mujica Presidente de Uruguay, 2012.	86

## ÍNDICE DE ANEXOS

	Pág.
Anexo 1. Cuestionario Semiestructurado Evaluación del PNAD 2002-2008. Opinión de Expertos Nacionales, 2013.	264
Anexo 2. Lista de Participantes en Reunión de la Red Nacional de Información sobre Drogas Proyecto Informe Nacional sobre Drogas, CNA, 2014.	266
Anexo 3. Convocatoria por parte de la CNA, a miembros de la Red Nacional de Información sobre Drogas. 5 de febrero 2015.	267
Anexo 4. Convocatoria por parte de la CNA, a miembros de la Red Nacional de Información sobre Drogas. 15 de abril 2015.	268
Anexo 5. Cronograma para el Levantamiento del Informe de Drogas, 2009 - 2014.	269
Anexo 6. Censo de Centros de Tratamiento y Rehabilitación, El Salvador 2012.	270

## **ABREVIATURAS Y SIGLAS**

ACISAM: Asociación de Capacitación e Investigación para la Salud Mental

AMSS: Área Metropolitana de San Salvador

ANES: Asociación Salvadoreña de Enfermeras Salvadoreñas

BIDAL: Proyecto de Administración de Bienes Incautados y Decomisados en América Latina

CA: Centroamérica

CACEDAC: Centro Académico de Colaboración de Evidencia Científica sobre Drogas en América Central.

CAMH: Centro de Adicciones y Salud Mental de Toronto, Canadá

CEPA: Comisión Ejecutiva Portuaria Autónoma

CEPAL: Comisión Económica para América Latina

CICAD: Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas

CIE-10: Clasificación Internacional de Enfermedades

CNA: Comisión Nacional Antidrogas

CONAB: Consejo Nacional de Administración de Bienes

CONSEP: Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas del Ecuador.

COSA: Comisión Salvadoreña Antidrogas

COSAM: Comando de Sanidad Militar

CGPD: Comisión Global de Política de Drogas

CSJ: Corte Suprema de Justicia

CSSP: Consejo Superior de Salud Pública

DAN/PNC: División de Antinarcóticos de la Policía Nacional Civil

DAN-PNC: División de Antinarcóticos de la Policía Nacional Civil

DARE: Programa de Prevención de Drogas “Resistencia al Abuso de Drogas mediante la Educación”, conocido por sus siglas en Inglés “Drug Abuse Resistance Education”

DGCP: Dirección General de Centros Penales (DGCP)

DIGESTYC: Dirección General de Estadísticas y Censos

DNM: Dirección Nacional de Medicamentos

DOFA: Debilidades, Oportunidades, Fortalezas, Amenazas

DSM IV: Manual de Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales, de la Asociación Americana de Psiquiatría.

EHPM: Encuesta de Hogares con Propósitos Múltiples

ENA: Estrategia Nacional Antidrogas

EUA: Estados Unidos de América

FGR: Fiscalía General de la República

FOSALUD: Fondo Solidario para Salud

FUNDASALVA: Fundación Antidrogas de El Salvador

GAFI: Grupo de Acción Financiera Internacional

GAFIC: Grupo de Acción Financiera del Caribe

GTI: Grupo Técnico Interinstitucional de la Comisión Nacional Antidrogas

IDPC: Consorcio Internacional sobre Políticas de Drogas

IES: Instituciones de Educación Superior

IESM: Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental

IIN: instituto Interamericano del Niño

IRCCA: Instituto de Regulación y Control de Cannabis

ISBM: Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial

ISDEMU: Instituto Salvadoreño para el Desarrollo de la Mujer

ISNA: Instituto Salvadoreño de la Niñez y la Adolescencia

ISRI: Instituto Salvadoreño de Rehabilitación de Inválidos

ISSS: Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS)

JIFE: Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes

LRARD: Ley Reguladora de las Actividades Relativas a las Drogas

MEM: Mecanismo de Evaluación Multilateral

MIGOB: Dirección de Espectáculos Públicos, Ministerio de Gobernación (MIGOB)

MINED: Ministerio de Educación de El Salvador

MINSAL: Ministerio de Salud de El Salvador

NIDA: Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas de los Estados Unidos de América

OEA: Organización de Estados Americanos

OMS: Organización Mundial de la Salud

ONG's: Organizaciones no Gubernamentales

ONU: Oficina de las Naciones Unidas

ONUDD: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito

OPS: Organización Panamericana de la Salud

OSD: Observatorio Salvadoreño sobre Drogas

PEA: Población Económicamente Activa

PGR: Procuraduría General de la República

PNAD: Plan Nacional Antidrogas

PNC: Policía Nacional Civil

PNUD: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo

REDLA: Red Latinoamericana de Información sobre Drogas

REDNID: Red Nacional de Información sobre Drogas

SECULTURA: Secretaría de la Cultura

SIDUC: Sistema Interamericano de Datos Uniformes para estudios sobre Drogas

SIS: Secretaría de Inclusión Social

SPAs: Sustancias Psicoactivantes

TGS: Teoría General de Sistemas

UCA: Universidad Centroamericana "José Simeón Cañas"

UCSF: Unidades Comunitarias de Salud Familiar

UEES: Universidad Evangélica de El Salvador

UES: Universidad de El Salvador

UFG: Universidad Francisco Gavidia

UJMD: Universidad "Dr. José Matías Delgado"

UMA: Universidad Modular Abierta (UMA)

UNFPA: Fondo de Población de las Naciones Unidas.

UNODC: Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito

USD: Dólares de los Estados Unidos de América

UTEC: Universidad Tecnológica de El Salvador

VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humana

**Título:** Modelo de política social para afrontar el consumo problemático de sustancias psicoactivantes en la población salvadoreña, desde la salud internacional.

**Autora:** Cristina Gloribel Juárez de Amaya.

**Documento de Identidad:** 01971553-1

**Naturaleza y Finalidad del Estudio:** la Tesis formula un modelo de política social para afrontar el consumo problemático de sustancias psicoactivantes en la población salvadoreña, desde el enfoque de la salud internacional. Se toman como referentes el Plan y la Estrategia Nacional Antidrogas, ejecutados en la última década, enfatizando los resultados de las acciones implementadas en el área de reducción de la demanda, reducción de la oferta y áreas transversas.

**República Bolivariana de Venezuela**

**Universidad del Zulia**

**División de Estudios para Graduados**

**Facultad de Ciencias Económicas y Sociales**

**Doctorado en Ciencias Sociales**

**Año 2015, 271p.**

## RESUMEN

El estudio explora las acciones ejecutadas en la última década en el marco del Plan y Estrategia Nacional Antidrogas, destacando las debilidades, oportunidades, fortalezas y amenazas del modelo implementado; expone los indicadores epidemiológicos del consumo de drogas a nivel nacional, registros e informes oficiales del estado actual de las áreas de reducción de la oferta y reducción de la demanda de drogas, resultando en un análisis del comportamiento del fenómeno de drogas al contrastar los resultados con los indicadores-meta; retoma las recomendaciones hechas por organismos internacionales, así como la opinión de expertos. Para la recolección de los datos del período 2002-2008 se empleó la técnica del cuestionario, el cual fue administrado a los coordinadores técnicos de la CNA. Los datos del período 2009-2014 se obtuvieron mediante gestiones de la CNA, en la recopilación del Informe Nacional sobre Drogas 2014, propuesta que permitió convocar a los miembros de la Red Nacional de Información sobre Drogas y participar en calidad de consultora del proyecto; cada entidad recopiló y aportó los registros oficiales correspondientes al período. El grado de cumplimiento de las recomendaciones hechas al país por la CICAD / OEA, también se han estimado. Bajo el enfoque histórico-hermenéutico, se interpretaron los datos considerando el estado actual de cada uno de los componentes. Los resultados evidencian el aumento en prevalencias e incidencias de consumo, mayor oferta y accesibilidad de la droga, la falta de un presupuesto específico, la ausencia de evaluación, el escaso recurso humano y la débil sistematización en el diseño e implementación de programas de prevención y tratamiento. Sobresalen como áreas importantes de mejora el fortalecimiento de la coordinación interinstitucional, especificaciones en materia legal y el rol de los medios de comunicación en la construcción social del consumo. Resaltan los esfuerzos realizados en el país en las áreas de certificación del recurso humano, control y fiscalización de sustancias, la firma de convenios y la creación del Observatorio Nacional sobre Drogas. Finalmente, a la luz del enfoque de salud internacional se formula un modelo de política social en drogas pertinente para la población salvadoreña, el cual interviene la vulnerabilidad al consumo de manera transversal, aplicando la perspectiva de determinantes y condicionantes sociales, situando al individuo en un marco de derecho, considerando sus condiciones de vida, su ámbito familiar, social, económico y sus posibilidades de inclusión social.

**PALABRAS CLAVES:** política social en drogas, consumo problemático de sustancias psicoactivantes, salud internacional.

e-mail de Autora: [cjuarez9007@yahoo.com](mailto:cjuarez9007@yahoo.com)

## ABSTRACT

This study explores actions taken during the last decade, in the context of the National anti-drug plan/strategy, highlighting the weaknesses, opportunities, strengths and threats in the implemented model. It exposes epidemiological indicators of drug use at national level, official records and reports of the current state of the reduction areas of drugs supply and demand, resulting in the analysis of behaviour of the drug phenomenon by contrasting the results with the proposed target indicators. It resumes recommendations made by international organizations, as well as the opinions of experts. To collect data for the period 2002-2008 the questionnaire technique was used. It was administered to technical coordinators of the CAN (National Anti-Drug Commission). The data for the period 2009-2014 were obtained by CNA efforts in the collection of the National Drug Report 2014, a proposal that allowed summon the members of the National Drug Information Network and participate as project consultant; each entity compiled and provided records for the period. The degree of compliance with the recommendations made to the country by CICAD / OAS, have also been estimated. Under the historical hermeneutic approach, the data considering the current state of each of the components are interpreted. The findings show the rise in prevalence and incidence of consumption, a greater drug supply and accessibility, the lack of specific budgetary allocation, the lack of assessment, the lack of human resource, and a weak systematisation in designing and implementing prevention and treatment programmes. Areas of improvement worth mentioning are: the strengthening of inter-institutional coordination, the creation of legal specification, and the role of the media in the social construction of consumption. The national efforts in human resource certification, the control and monitoring of substances, the signing of agreements and the creation of the National Drug Observatory, stand out. Finally, in the light of a health approach, a model of a social policy for drugs is formulated, one that is applicable to Salvadoran society. It addresses consumption vulnerability in a transversal way from the perspective of determining and conditioning social factors; placing the individual in a legal framework; taking into consideration his life conditions; family, social and economic situation; as well as the possibility of social inclusion.

**KEY WORDS:** social policy for drugs, problematic consumption of psycho-activating substances, international health

Author's email: [cjuarez9007@yahoo.com](mailto:cjuarez9007@yahoo.com)

## INTRODUCCIÓN

La Organización de Estados Americanos (OEA) a través de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD), aunada a la estrecha cooperación de organismos internacionales especializados como la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD), considera la existencia de Planes y Estrategias Nacionales Antidrogas como una herramienta importante para que un país pueda gestionar su iniciativa antidroga (CICAD-MEM, 2011). Estos planes ofrecen a las entidades que participan en las áreas de reducción de la oferta y reducción de la demanda, pautas de orientación y recomendaciones para sus actividades, dentro de un marco nacional, regional y global.

Los problemas asociados al consumo problemático de SPAs han sido relevantes en la historia reciente de América Latina. En la última década del siglo XX y en la primera del nuevo siglo, aparece de manera destacada en la agenda de dichos países, el establecimiento de estrategias para afrontar de manera eficaz el fenómeno de las drogas (Santana, 2004).

En El Salvador, el Plan Nacional Antidrogas 2002-2008 (PNAD) y la Estrategia Nacional Antidrogas 2011-2015 (ENA), se instauraron como herramientas integradoras de políticas, objetivos, recursos y esfuerzos interinstitucionales, públicos, privados e intersectoriales. El Plan define los objetivos en relación con una política normatizada, y garantiza la consiguiente adecuación de las instituciones llamadas a ponerlo en práctica (CNA, 2012). La ENA define los procedimientos y acciones que conforme a las metas trazadas, permitirían dar respuesta a esta problemática en los próximos cinco años, previniendo el uso indebido de drogas lícitas, disminuyendo sustancialmente el consumo de drogas ilícitas, controlando y combatiendo el narcotráfico, el tráfico ilícito y sus delitos conexos, y por ende reduciendo y previniendo el impacto negativo que causan dichas actividades en los ámbitos de salud, seguridad, social y económico (CNA, 2011). El Gobierno de El Salvador ha impulsado una serie de acciones para controlar el fenómeno de las drogas; no obstante, a pesar de las labores implementadas, en la última década (2004-2014) los indicadores sobre la reducción de la oferta y reducción de la demanda no evidencian la efectividad de dichas acciones. Actualmente son más los individuos que abusan de SPAs, los jóvenes

son los más afectados por el consumo problemático, hay más cantidad y variedad de SPAs, y la accesibilidad es cada vez mayor (CICAD-MEM, 2005-2006).

En el contexto de esta realidad, este estudio tiene como objetivo contrastar las acciones ejecutadas por las instituciones gubernamentales y no gubernamentales relacionadas con las áreas de reducción de la oferta y reducción de la demanda de drogas, con los indicadores-meta propuestos alcanzar en la última década en El Salvador, período 2004-2014. Con base en los resultados de las acciones implementadas en el marco del PNAD y ENA, y a la luz del estado del conocimiento en intervención social en drogas, se formula un modelo de política social para afrontar el consumo problemático de SPAs en la población salvadoreña, desde una visión de salud internacional, enfoque desde el cual la persona es concebida como un ser integral que se forma en un proceso dinámico en el que intervienen factores macro y microdeterminantes (Wright, 1999).

Este estudio explora las acciones ejecutadas en el marco del Plan Nacional Antidrogas 2002-2008, destacando las debilidades, oportunidades, fortalezas y amenazas (DOFA) del modelo de atención implementado en el país en dicho período; expone los indicadores epidemiológicos del consumo de drogas a nivel nacional, registros e informes oficiales del estado actual de los componentes de las áreas de reducción de la oferta y reducción de la demanda de drogas, resultando en un análisis del comportamiento del fenómeno de drogas al contrastar los resultados con los indicadores-meta propuestos para el período 2011-2015; retoma las recomendaciones hechas por organismos internacionales, así como la opinión de expertos nacionales y extranjeros. Finalmente, a la luz del enfoque de salud internacional se formula un modelo de política social en drogas pertinente para la población salvadoreña, el cual interviene la vulnerabilidad al consumo de SPAs de manera transversal, aplicando la perspectiva de determinantes y condicionantes sociales.

## CAPÍTULO I. EL PROBLEMA

### 1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

#### • Políticas Públicas y Salud Mental Latinoamericana

Desde 1961, la mayoría de países de América Latina y El Caribe han desarrollado políticas de drogas mediante la formulación de leyes para el control de la producción, distribución y consumo, las cuales se ajustan a sus obligaciones en virtud de las convenciones correspondientes de la Organización de la Naciones Unidas, ONU (IDCP, 2010). La Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) ha establecido como los máximos principios para una política de drogas eficaz, los siguientes:

- Las políticas de drogas se deberían desarrollar mediante una evaluación estructurada y objetiva de las prioridades y las pruebas empíricas.
- Todas las actividades se deberán desplegar en plena conformidad con las normas internacionales de derechos humanos.
- Las políticas de drogas deberían centrarse en reducir las consecuencias nocivas de las drogas y no en las dimensiones del consumo y los mercados de estas sustancias.
- Las políticas y actividades deberían perseguir el fomento de la integración social de grupos marginados.
- Los gobiernos deberían construir relaciones abiertas y constructivas con la sociedad civil para debatir y desarrollar sus estrategias.

La población de América Latina alcanzó en el año 2014 los 525,2 millones de personas, el 60% de los cuales viven en América del Sur (Brasil, Argentina y Colombia, las más pobladas), y el 20% (un poco más de 100 millones) en México. Guatemala tiene el mayor número de América Central (11 millones) y Cuba (11 millones), República Dominicana y Haití (8 millones cada uno) superan al resto de los países del Caribe (Banco Mundial, 2014).

En América Latina existe una marcada inequidad en la distribución de la riqueza y el ingreso, hay una deficiente estructura social y estabilidad política débil, y actualmente atraviesa un fuerte proceso de crisis social. La magnitud de este

fenómeno y los efectos contradictorios de la globalización hacen urgente un replanteamiento de las políticas de desarrollo social y un mayor compromiso de la sociedad en general. Los países que integran América Latina comparten inmensas similitudes culturales, pero también se observan grandes variaciones económicas, políticas y sociales, por lo que no se puede hacer referencia a América Latina como una población homogénea y uniforme.

La salud mental es una de las 10 prioridades de la salud pública en la región. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2011), la salud mental es un estado de bienestar biopsicosocial en el cual el individuo se da cuenta de sus propias actitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.

En la región, más de la mitad (54,9%) del gasto en salud se originan en el sector público (Rodríguez, 2007). Las acciones conjuntas realizadas por los estados, ONG's y cooperantes internacionales para el desarrollo de Latinoamérica han sido insuficientes hasta ahora para garantizar a la población una vida digna. El acceso a los servicios básicos de educación, salud y vivienda es cada vez más incierto. La mayoría de los países latinoamericanos han implementado reformas estructurales en sus políticas sociales, buscando una mayor eficiencia, cobertura y descentralización de sus servicios, y si bien la cobertura ha aumentado, también han crecido los costos para el usuario y una parte creciente de la población está siendo excluida, pues no tiene los recursos para alcanzar la accesibilidad al servicio.

Se estima que la población total de América Latina y el Caribe superará en el 2015, los 630 millones de personas, aproximadamente el 8.6% de la población mundial, a pesar de que la región ocupa el 13.5% de la superficie del planeta. América Latina y El Caribe es una región joven, en la que el promedio de edad es de 29 años y medio, muy similar al promedio mundial (UNFPA, 2015). Con una población de más de 160 millones de adolescentes y jóvenes (15-29 años), la inversión en juventud, especialmente en mujeres adolescentes, es una de las más acertadas acciones que un país puede realizar, ya que la juventud de hoy tiene la capacidad para fortalecer el tejido social y crear un futuro sostenible. La distribución poblacional es predominantemente urbana y se estima que actualmente el 80% de la población de la región reside en ciudades. La pobreza afecta a casi un tercio de la población joven de la región. Un 27.3% de las y los

jóvenes de 15 a 24 años se encuentra en la pobreza y casi un 10% en la indigencia. La pobreza juvenil en el área rural es de más del 41% respecto al 23% de las zonas urbanas. El 4.0% de la población de América Latina y el Caribe ha emigrado, destacando los países del Caribe como Guyana con el 49.2%, El Salvador con 22.9% y Trinidad y Tobago con 22.4%.

En la temática de salud mental, en América Latina y El Caribe existen determinantes puntuales, es decir, factores que van a favorecer o alterar el equilibrio mental de las personas. Entre los determinantes de la salud mental se citan factores individuales, culturales, sociales, económicos y político-estructurales de los sistemas de salud.

Respecto a las políticas públicas sobre la atención de calidad a personas afectas a drogas, países como México, Chile, Costa Rica y Brasil han hecho claros avances en esta área. Recientemente, las mismas organizaciones han hecho hincapié en la necesidad de políticas de descentralización, la participación de la comunidad y la atención primaria como vehículos esenciales en la prestación de la salud mental, un enfoque multidisciplinario para el cuidado de los enfermos mentales y sus familias, fuertes esfuerzos educativos y de conformidad para la defensa de los derechos humanos. Aunque las técnicas de tratamiento del enfermo mental han progresado, las deficiencias institucionales, sumadas a la insuficiencia del gasto, las hacen inaccesibles para las personas más vulnerables de la región (Arriaga, 2005).

De acuerdo con la experiencia de algunos países de América Latina como en el caso de México, se ha visto la necesidad de estructurar programas integrales donde se trabaje de manera multidisciplinaria, con atención individual, grupal y ambiental, y se enfatice en la evaluación periódica de dichos procesos de atención (Kort, 2010). Así pues, en la última década es otro el enfoque desde el cual se visualiza el fenómeno de las drogas. Mundialmente se ha catalogado la dependencia de SPAs como una enfermedad crónica que amerita un adecuado tratamiento y rehabilitación, y se ha dejado atrás la visión ideológica que valoraba el consumo problemático de SPAs como un vicio, estigmatizando al consumidor y reduciendo sus alternativas a medidas coercitivas.

Actualmente, los trastornos mentales y neurológicos, incluidos los asociados al abuso y dependencia de SPAs legalizadas e ilegalizadas, representan aproximadamente el 14% de la carga mundial de morbilidad. Hasta el 30% de la

población tiene algún tipo de trastorno asociado a estos tópicos cada año. Estos trastornos resultan en costos económicos directos de la salud mental y costos económicos indirectos de la pérdida de productividad, problemas de funcionamiento y de muerte prematura (OMS, 2011).

El alcohol es una de las sustancias más utilizadas en las Américas; las tasas de uso varían enormemente entre los países, las poblaciones y los estratos sociodemográficos. La Organización Mundial de la Salud estima que el alcohol causa en todo el mundo el 3,2% de todas las muertes, lo que representa el 1,8 millones de muertes por año y el 4% de la carga mundial de muertes. La mayoría de estas muertes se deben a accidentes de tránsito y lesiones relacionados con el alcohol, incluida la violencia intrafamiliar (OEA, 2011).

El consumo peligroso o nocivo de alcohol afecta desproporcionadamente a los adultos jóvenes. Datos de la encuesta SIDUC en las Américas, indican que las tasas más altas de consumo riesgoso o nocivo ocurren entre los 18 y 34 años de edad. Los datos también muestran que entre el porcentaje de personas que consumen alcohol de forma regular, una gran parte son menores de 18 años de edad y cumplen los criterios clínicos para el uso peligroso de alcohol. El consumo excesivo de alcohol y la dependencia también se asocian a una amplia variedad de conductas desadaptativas y de riesgo.

El Salvador se encuentra entre los 10 países que más consumen alcohol en América Latina, según el último informe de la OMS (El DIA, 2015). Maristela Monteiro, asesora principal en abuso de sustancias y alcohol de la Organización Mundial de la Salud (OMS), señala que una cultura de consumo de alcohol se ha instalado en Latinoamérica y amenaza con convertirse en un auténtico problema de salud pública en la región. Su traducción numérica es que, en América Latina y el Caribe, las personas consumen una media de 8,4 litros de alcohol puro por año, lo que supone 2,2 litros más que el promedio mundial, según el primer informe sobre alcohol especializado en la región que ha elaborado su organismo. El desarrollo económico de la región está haciendo que aumente el consumo de alcohol, según la OMS. Sólo en Europa se bebe más, esto motivado, sobre todo, por el gran consumo en los países del Este del continente. Según los datos de la OMS, los países que más consumen en la región son los siguientes: Chile, es el que más consume, con un consumo anual per cápita de 9,6 litros de alcohol puro; Argentina con 9,3 litros per cápita; y Venezuela con 8,9 litros de alcohol per cápita.

Después de los tres primeros, se encuentran los siguientes:

Paraguay (8,8 litros), Brasil (8,7), Perú (8,1), Panamá (8), Uruguay (7,6), Ecuador (7,2), México (7,2), República Dominicana (6,9), Colombia (6,2), Bolivia (5,9), Costa Rica (5,4), Cuba (5,2), Nicaragua (5), Honduras (4), Guatemala (3,8) y El Salvador (3,2).

Además, factores como el crecimiento de la industria de productos alcohólicos deben ser analizados; la facilidad en las cadenas de distribución, la disposición de la oferta y la presión de la industria sobre los gobiernos. Dentro de la industria, la cerveza es la bebida alcohólica más popular, al representar el 55% del total del alcohol consumido. Le siguen licores como vodka o whisky con más de un 30%, y casi un 12% el vino.

Según la OMS, el consumo de alcohol contribuye con más de 200 enfermedades y lesiones, incluyendo la cirrosis hepática y algunos tipos de cáncer. También hace que las personas sean más susceptibles y menos adherentes al tratamiento de enfermedades infecciosas como el VIH y la tuberculosis, y es, además, el principal factor de riesgo de muerte en adolescentes. Los bebedores masculinos que se dejan llevar por consumos episódicos fuertes (cuatro o cinco bebidas en al menos una ocasión en 30 días) pasaron de ser apenas un 18% a casi el 30% entre 2005 y 2010. En las mujeres el incremento no es menos preocupante: el porcentaje pasó de un 4,6% al 13%. Un dato relevante sobre un problema de alcoholismo agudo en las América Latina y el Caribe, es que sólo un 10% de los bebedores ingiere en promedio, más del 40% del total de alcohol consumido en la región. En 2010, alrededor de 14.000 jóvenes de menos de 19 años murieron en la región por motivos atribuidos al alcohol. Medidas como subir los impuestos al alcohol para encarecerlo, limitar horarios y días de venta en los establecimientos, subir la edad legal mínima para consumir, reducir o prohibir su publicidad (70% de países no tienen reglamento sobre ello), ampliar períodos de prohibición de venta (Ley seca, 2015), son algunas de tareas pendientes de los gobiernos.

En lo que respecta a drogas ilegalizadas, la marihuana es en el hemisferio la droga más consumida por la población en general y particularmente por la población joven (CICAD, 2011).

A medida que los encargados de adoptar políticas han ido tomando conciencia de la complejidad de los factores que influyen en los niveles y patrones

de producción, suministro y consumo de drogas entre sus poblaciones, se ha ido haciendo cada vez más evidente que se necesitan estrategias integrales e integradas, y que las leyes sobre drogas y su aplicación representan sólo una entre las muchas áreas de actividad gubernamental que se pueden utilizar para alcanzar los objetivos estratégicos de los Planes Nacionales (IDCP, 2010).

Una de las debilidades más serias que se señala en la aplicación de un Plan o Estrategia Antidrogas, es la falta de procesos de evaluación de los programas que se implementan. El estudio titulado “*Good reasons for ignoring good evaluation: The case of the drug abuse resistance education (DARE) program*”, realizado en el año 2005, demostró que los efectos positivos encontrados en los estudiantes, relacionado a conocimientos, actitudes y comportamientos, observados de manera correcta después del programa, se desvanecen con el tiempo. Al final los estudiantes adolescentes expuestos y no expuestos al programa son indistinguibles. DARE es el Programa de prevención de abuso de drogas más popular que se implementa en las escuelas de los Estados Unidos, y a pesar de haber demostrado su poca efectividad, las escuelas siguen replicándolo (Birkelan, Murphy & Weiss; 2005). En materia de evaluación se señalan otras debilidades. Espada (2003) destaca que las principales dificultades para valorar los programas preventivos radican en la falta de establecimiento de metas, la falta de definición de variables de resultados, el diseño de investigaciones con poca rigurosidad científica y la falta de un proceso de evaluación.

El Consorcio Internacional sobre Políticas de Drogas declaró en el año 2010, que es de especial importancia que los gobiernos adopten un enfoque sumamente estructurado para desarrollar y revisar sus políticas y estrategias sobre drogas. Sostienen que no basta con centrarse en cuestiones de aplicación de la ley, ni con ver las decisiones en este sentido desde la óptica de ser “duros” o “blandos” con respecto a las drogas. Indican que un buen proceso de establecimiento de políticas de drogas a escala nacional debería contar, idealmente, con el siguiente marco normativo:

- Una declaración de objetivos de alto nivel: estos objetivos surgirán a raíz de evaluar qué consecuencias del consumo y los mercados de drogas son más perjudiciales para la sociedad.

- Una descripción de las actividades que desplegará el gobierno y del apoyo para la consecución de los objetivos.
- La participación y colaboración de departamentos u organismos responsables de las actividades.
- La cantidad de recursos movilizados por el gobierno para respaldar estas actividades.
- Una clara articulación del alcance y el calendario de la estrategia, así como de la medición de su avance.

Para la población salvadoreña, resalta el hecho que desde finales de la década de los setenta hasta la firma de los acuerdos de paz en 1992, El Salvador vivió su peor crisis política y militar del siglo. En este período (1980-1992) se finalizó la guerra civil, se abrió una etapa de articulación de las fuerzas sociales, políticas y económicas que tuvo como marco general el proceso de globalización, la integración centroamericana y diferentes procesos de reformas estatales, entre ellas la Reforma de Salud. Sin embargo, dentro de dicha Reforma, no se trabajó integralmente el componente de salud mental para atender a la población, tanto a nivel individual como colectivo, lo que generó una deuda pendiente en esta área (MINSAL, 2011). El MINSAL desarrolla el Programa de Salud Mental de forma discontinua desde el año 1972, este programa fue evaluado en el año 2000 por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), encontrándose implementado en un rango entre 10 a 25%, y donde se planteó que necesitaban ser desplegados los componentes siguientes: reforma de los servicios de salud, promoción y prevención, integración de los servicios de salud mental y desarrollo de las instancias especializadas; así como priorizar la problemática de adicciones a sustancias y violencia. El Programa de Salud Mental fue oficializado bajo Decreto Ministerial 961 en Octubre del año 2000.

En el segundo semestre de 2005, se aplicó el “Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental”, de la Organización Mundial de la Salud (IESM-OMS), el cual permitió recopilar información sobre el Sistema de Salud Mental en El Salvador. El estudio ilustró la disgregación de la información y en algunos casos, la ausencia de registros en la inmensa mayoría de los cuarenta y nueve dispositivos que prestaban servicios de salud mental; asimismo, que de los gastos de salud solo el 1% está destinado a salud mental y, de esto el 93% está

destinado a gastos del hospital psiquiátrico. La disponibilidad de recursos humanos en salud mental es de 10.01 por 100,000 habitantes, distribuidos así: 92 profesionales en psiquiatría (1.39 por 100,000 habitantes), 72 otros médicos no psiquiatras (1.07), 114 profesionales en psicología (1.68), 143 profesionales en enfermería (2.12), 105 profesionales en trabajo social (1.55) y 10 terapeutas ocupacionales (0.14). La distribución de profesionales por camas por 100,000 habitantes es de 0.04 profesionales en psiquiatría, 0.04 profesionales en enfermería y 0.04 profesionales en psicología. Existen 2.59 profesionales en psiquiatría por 100,000 habitantes que trabajan cerca o en la ciudad más grande del país (1.39 en todo el país). Se graduaron en el año de referencia 0.0887 profesionales en psiquiatría y 7.590 profesionales de medicina por 100,000 habitantes (MINSAL, 2011).

Entre las debilidades más importantes en los servicios de salud mental, se encontraron: la falta de legislación y políticas sobre salud mental, la no existencia de mecanismos para la promoción y protección sistemática de los derechos humanos de los pacientes con problemas mentales, bajo porcentaje del gasto para la atención de salud mental y concentración del recurso humano en la ciudad de San Salvador.

La salud mental, según el Comité de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud, (OMS) se define como “El goce del grado máximo de salud que se puede lograr, es uno de los derechos fundamentales e inalienables del ser humano, sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica y social”

El Salvador cuenta con el Programa Nacional de Salud Mental, que concibe la salud mental bajo los criterios que establece la OMS. La salud mental es también un proceso de búsqueda, una necesidad del individuo, la familia y la sociedad. Es un balance dinámico en continuo movimiento, de cada persona consigo misma y con su contexto para producir, reproducir y transformar su existencia. Incluye la idea de crisis, esperada e inesperada, común a la condición humana, siendo determinante la participación activa de la persona en la posibilidad de dar respuestas a sus propias crisis y a los cambios del contexto social. Salud mental es la posibilidad de participar en proyectos compartidos que permitan a la persona trascender en su existencia y verse reflejada en el otro, construyendo su propia identidad (MINSAL, 2015).

El área de salud mental es la unidad especializada responsable de conducir, regular, monitorear y evaluar la provisión de servicios de salud mental en el marco de salud familiar, garantizando servicios oportunos con equidad, calidad y calidez.

Entre sus objetivos se plantean, proporcionar los lineamientos para la atención de salud mental descentralizada, continua, integral, accesible, equitativa, oportuna, eficiente, efectiva; y garantizar atención en salud mental en los escenarios familiar, educativo, comunitario, laboral y establecimientos de salud, a fin de ejecutar acciones integrales. Además, considera los componentes de: Regulación, Legislación, Desarrollo del Recurso Humano, Investigación, Promoción de la Salud, Desastres y Emergencias, Discapacidad Mental, Infraestructura y Equipamiento.

La oferta de servicios que promueve la Unidad de Salud Mental a nivel nacional comprende: 1) Intervenciones integrales orientadas a la prevención, curación, y rehabilitación de la salud mental a través de tratamientos especializados en las Unidades de Salud y Hospitales Generales; 2) Atención Psicosocial en los Centros Polivalentes, los cuales están dirigidas a la promoción, prevención de los trastornos mentales, tratamiento y rehabilitación de la salud mental, a través de los servicios de urgencia, consulta y atención ambulatoria. Todas las intervenciones se realizan en todos los ciclos de vida, es decir niñez, adolescencia, juventud, adultez y vejez. 3) Programa VIDA (Viviendo Intensamente Drogas Afuera) dirigido a las personas con problemas de drogodependencia y a sus familiares, el cual es coordinado por un equipo interdisciplinario, con el objetivo de contribuir a la rehabilitación y reinserción de los usuarios con problemas de adicciones que consultan el Hospital Nacional Psiquiátrico. Los servicios que proporcionan son: terapias grupales para los usuarios con problemas de drogodependencia, terapias grupales para familiares de usuarios, consulta psiquiátrica individual, consulta psicológica individual, terapia familiar, terapia de pareja, terapia recreativas, servicios de hospitalización y desintoxicación.

La Unidad cuenta con Guías Clínicas de Atención a los problemas más frecuentes de salud mental, Guías Clínicas para la Atención a Personas con Conductas Adictivas a Sustancias Psicoactivas y la Norma de Atención Integral en Salud Mental.

La Constitución de la República de El Salvador, prescribe que el Estado determinará la Política Nacional de Salud, controlará y supervisará su aplicación.

La Constitución, establece en su primer artículo que el fin principal del Estado es la protección de la vida y por consiguiente de la salud, de todos sus habitantes. Así mismo establece en el artículo treinta y cinco, (inciso primero) “El Estado, protegerá la salud física, mental y moral de los menores”.... pero fundamentalmente el Artículo sesenta y cinco, (inciso segundo) establece “El Estado determinará la Política Nacional de Salud y controlará y supervisará su aplicación” (Constitución de la República de El Salvador, 1983).

En relación a las leyes secundarias que regulan específicamente lo relativo a la salud mental, se citan: Código de Salud, Ley de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia (LEPINA), Ley especial integral para una vida libre de violencia para las mujeres, Ley de beneficio para la protección de los lisiados y discapacitados a consecuencia del conflicto armado, Ley general de prevención de riesgos en los lugares de trabajo, Ley Penitenciaria, Código Procesal Penal, Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales; Convención sobre Derechos del niño, Reglamento de la Ley de equiparación de oportunidades para las personas con discapacidad y Ley de Espectáculos Públicos.

A pesar del mandato anterior, el país dispuso de una Política Nacional de Salud Mental hasta finales del año 2011, la cual está fundamentada en la Declaración de Caracas, ratificada en Brasilia en el 2005 y Panamá en el 2010, contextualizada en las características particulares del país y en los derechos humanos para las personas con condiciones mentales complejas, así como en la atención integral con participación comunitaria.

Del 1 al 31 de agosto del año 2011 se realizó la primera consulta pública de la Política Nacional de Salud Mental, bajo la coordinación del Ministerio de Salud, Viceministerio de Políticas de Salud, Dirección de Regulación y Legislación en Salud. Participaron 36 Instituciones como parte del comité consultivo instaurado, entre ellas: Asociación de Capacitación e Investigación para la Salud Mental (ACISAM), Asociación Nacional de Enfermeras Salvadoreñas (ANES), Comisión Nacional Antidrogas (CNA), Secretaría de Inclusión Social (SIS), Consejo Nacional de Salud Mental, Corte Suprema de Justicia (CSJ), Dirección de Espectáculos Públicos, Ministerio de Gobernación (MIGOB), Estado Mayor Conjunto de la Fuerza Armada, Comando de Sanidad Militar (COSAM), Fiscalía General de la República (FGR), Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial (ISBM), Instituto Salvadoreño

de la Niñez y la Adolescencia (ISNA), Instituto Salvadoreño de Rehabilitación de Inválidos (ISRI), Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS), Instituto Salvadoreño para el Desarrollo de la Mujer (ISDEMU), Instituto de Medicina Legal, Fundación “Las DIGNAS”, Ministerio de Educación (MINED), Ministerio de Salud (MINSAL), Organización Panamericana de la Salud (OPS), Policía Nacional Civil (PNC), Procuraduría General de la República (PGR), Red Viva de El Salvador, Plan El Salvador, Secretaría de la Cultura (SECULTURA), Universidad Evangélica de El Salvador (UEES), Universidad Francisco Gavidia (UFG), Universidad Tecnológica (UTEC), Universidad “Dr. José Matías Delgado” (UJMD), Universidad Centroamericana “José Simeón Cañas” (UCA), Universidad de El Salvador (UES), Universidad Modular Abierta (UMA), Foro Nacional de Salud, Dirección General de Centros Penales (DGCP), Instituto Toxicológico y Protección Civil.

El 29 de noviembre del año 2011, la Ministra de Salud, Dra. María Isabel Rodríguez, hizo el lanzamiento de la Política Nacional de Salud Mental (Prensa Libre, 2011). La Sra. Ministra citó que durante años apenas se ha invertido un 2% en el primer nivel para la salud mental y 96% ha sido destinado al Hospital Psiquiátrico. El Dr. Carlos Escalante, Director del Programa de Salud Mental en dicho período, expresó: *“No nos ponemos a pensar que los trastornos mentales solo suman el 1% de las atenciones por esquizofrenia y el 21% por el trastorno bipolar. Eso es poco en comparación al alcoholismo y drogadicción que suman el 30% de las atenciones en el Hospital Psiquiátrico”*, además, aseguró que en la primera fase de la Política se necesitaban USD 300,000 para la contratación del personal de salud y abrir los espacios físicos en los seis hospitales públicos.

Para el año 2011, en cuatro hospitales del país ya se disponía de unidades de salud mental. Para el año 2012, el Ministerio proyectó abrir otras seis unidades en el mismo número de hospitales. La entonces Ministra de Salud reconoció que estaba buscando la ayuda de cooperantes para ejecutar la Política. Sin embargo, afirmó que el respaldo de OPS y de otras instituciones del Estado le permitirían ejecutarlo a mediano plazo.

- **Reducción de la Oferta y Reducción de la Demanda de Drogas en El Salvador.**

En cuanto a las acciones ejecutadas a nivel nacional, específicamente en el área de reducción de la oferta y reducción de la demanda de drogas en la última

década, de conformidad a lo establecido en el Decreto No 86, la Comisión Salvadoreña Antidrogas (COSA), como ente rector para coordinar los esfuerzos nacionales y hacer frente al fenómeno de las drogas en sus diferentes manifestaciones, elaboró y puso en práctica el Plan Nacional Antidrogas, como instrumento fundamental de la Estrategia Nacional Antidrogas 2002-2008.

La Comisión Salvadoreña Antidrogas pasó a instituirse en Comisión Nacional Antidrogas (CNA), siendo creada por medio del Decreto Legislativo N° 153 de fecha 2 de octubre de 2003, publicado en el Diario Oficial N° 208, Tomo 361, el 7 de noviembre del mismo año, que reformó a la Ley Reguladora de las Actividades Relativas a las Drogas. De conformidad al artículo 5, la CNA funciona bajo la dirección del Presidente de la República, quien nombra a su Director Ejecutivo. La CNA es la entidad nacional encargada de planificar, coordinar, supervisar y evaluar los planes, estrategias y políticas gubernamentales encaminadas a prevenir, combatir el tráfico, la venta y el consumo de drogas ilegalizadas, como también los esfuerzos de rehabilitación de personas adictas (CNA, 2012). La CNA está conformada por los ministros o sus representantes del Ministerio de Justicia y Seguridad Pública, Ministerio de Salud, Ministerio de Educación, Ministerio de la Defensa Nacional, el Consejo Superior de Salud Pública, la Dirección Nacional de Medicamentos y el Director Ejecutivo de la CNA. Cada organismo tiene funciones claramente definidas y estructuras específicas a través de las cuales se estima que se implementan las acciones y estrategias citadas en el Plan Nacional (CNA, 2012).

Según el artículo 6, corresponde al Ministerio de Justicia y Seguridad Pública, por medio de la División Antinarcóticos de la Policía Nacional Civil, la atribución de diseñar, dirigir y coordinar todas las actividades y medidas que impidan y controlen la penetración y difusión del narcotráfico en el país; evitar que se cultiven, produzcan, trafiquen, consuman, comercialicen y exporten sustancias no autorizadas. El Ministerio de Salud, es la institución estatal directamente responsable de elaborar y hacer cumplir programas de tratamiento y rehabilitación de las personas afectas a drogas, y de controlar aquellos que estuvieren a cargo de otras instituciones legalmente autorizadas. El Ministerio de Educación, es el directamente responsable de elaborar, ejecutar y supervisar programas de prevención contra el consumo ilegal de drogas. El Consejo Superior de Salud Pública, se encarga del control y la fiscalización de todas aquellas drogas que

representan un potencial daño a la salud, debido a su alto grado de dependencia y abuso; tiene las atribuciones prescritas en el Código de Salud, su Reglamento Interno, el Reglamento de Productos Farmacéuticos Oficiales, el Reglamento de Especialidades Farmacéuticas, el Reglamento de Estupefacientes y en el resto de leyes y reglamentos relativos a la materia (CNA, 2011).

Referente a los procedimientos de control de importación, exportación y comercialización de productos controlados, en El Salvador, ésta facultad le corresponde la Dirección Nacional de Medicamentos (DNM), de conformidad a lo establecido en el Artículo 6, literal q de la Ley de Medicamentos, esta responsabilidad es compartida respecto a los controles establecidos en la Ley Reguladora de las Actividades Relativas a las Drogas y el Reglamento de Estupefacientes, Psicotrópicos, Precursores, Sustancias y Productos Químicos y Agregados, con la División Antinarcóticos de la Policía Nacional Civil (DAN/PNC) y con la Fiscalía General de la República. Adicionalmente por las características de los controles existe coordinación de actividades con otras entidades de Gobierno como: Dirección General de Aduanas y la Comisión Ejecutiva Portuaria Autónoma (CEPA), a efecto de verificar los ingresos de entradas y salida de sustancias de El Salvador (Asamblea Legislativa de El Salvador, 2012).

La CNA es apoyada por un grupo de técnicos delegados por cada una de las organizaciones públicas, quienes conforman el Grupo Técnico Interinstitucional (GTI): Unidad de Comunicaciones, Unidad de Sistemas de Información (Observatorio Nacional sobre Drogas), Unidad de Investigación y Estudios, Unidad de Asistencia Jurídica, Unidad de Planificación y Administración, Unidad de Cooperación Internacional, Área de Prevención, Área de Tratamiento y Rehabilitación, Área de Control de Sustancias y Área de Narcotráfico y Delitos Conexos (Figura 1).

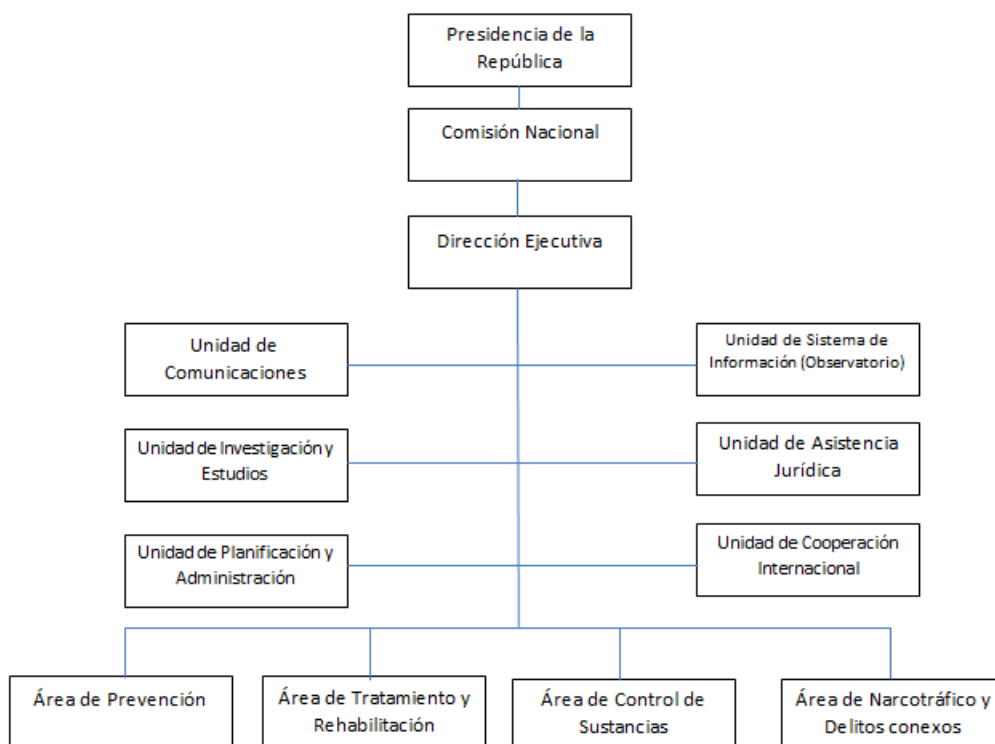


Figura 1. Estructura Orgánica de la Comisión Nacional Antidrogas. Tomado del documento Estrategia Nacional Antidrogas 2011-2015.

A pesar de los esfuerzos que a partir de éstas entidades se ejecutan, a la fecha en El Salvador no se evidencian disminuciones importantes en prevalencias de consumo de drogas en la población joven; igualmente se desconocen los mecanismos a través de los cuales están siendo retomadas las recomendaciones emitidas por organismos nacionales e internacionales en los planes de acción; y sobretodo, hay poca claridad si el diseño y gestión de la política pública en materia de drogas parte de la evidencia científica, aunque cabe señalar que la ENA 2011-2015, cita que su elaboración tuvo como fuente de referencia diversos instrumentos tanto nacionales como internacionales, tales como el Plan Nacional Antidrogas 2002-2008, la Estrategia Antidrogas en el Hemisferio de la CICAD/OEA, “la Declaración Política y el Plan de Acción sobre cooperación internacional en favor de una Estrategia integral y equilibrada para contrarrestar el Problema Mundial de las Drogas”, aprobada durante el 52° período de Sesiones de la Comisión de Estupefacientes celebrada en marzo de 2009, entre otros (CNA, 2011).

- **Condiciones Políticas, Sociales y Económicas de Latinoamérica y de El Salvador.**

Es evidente que los niños, las niñas y los jóvenes, sufren las principales consecuencias de los problemas sociales más apremiantes de la región, entre ellos el fenómeno de las drogas y sus consecuencias. De acuerdo con datos de la Comisión Económica para América Latina (CEPAL), se estima que en 1999 la población de 10 a 19 años representaba el 21% de la población total de la región, siendo la distribución homogénea por sexo (Maddaleno, 2003). En la última década, la juventud o población joven, etapa del desarrollo humano en la que algunos organismos internacionales ubican a la población entre 15 y 24 años, representa como promedio en México y Centroamérica 20.3% de la población total y 33.4% de la población económicamente activa (PEA). Su participación en el desempleo total es aún mayor: entre 41% y 62% de los desocupados en los diferentes países. En este contexto, los programas de capacitación y autoempleo destinados a la juventud resultan insuficientes o inadecuados. La marginación social de los jóvenes más pobres reviste manifestaciones en extremo degradantes o destructivas, sin más perspectiva que una mayor exclusión en la región (CEPAL, 2001).

Por otra parte, el hecho de que países centroamericanos como El Salvador y Nicaragua a finales de la década de los 90' comenzaban apenas el proceso de restauración del crecimiento, y que presentaban en su juventud —víctima del conflicto y de la falta de oportunidades posteriores— la situación ideal para la proliferación de conductas de riesgo relacionadas con las drogas, pudo influir en que el consumo se expandiera rápidamente. Lo que más sorprende en El Salvador y Nicaragua es que, desde mediados de esta década, tráfico y consumo aparecen como hechos nuevos y como clara señal de la descomposición social que amenaza a sectores cada vez más amplios de población joven (CEPAL, 2001).

El Salvador, al igual que el resto de los países de la región centroamericana, es un Estado soberano. La soberanía reside en el pueblo, que la ejerce en la forma prescrita y dentro de los límites de la Constitución de la República. El Gobierno es republicano, democrático y representativo. El Sistema Político es pluralista y se expresa por medio de los partidos políticos. Los órganos fundamentales del gobierno son: Legislativo, Ejecutivo y Judicial (Constitución de la República de El Salvador, 1983).

Considerando algunos datos demográficos, según la Dirección General de Estadísticas y Censos de El Salvador (DIGESTYC) a través de la Encuesta de Hogares con Propósitos Múltiples, el número de habitantes en El Salvador para el año 2009 era de 6,150, 953 y el 59% de dicha población eran menores de 30 años. Actualmente el porcentaje de población joven en El Salvador es uno de los más elevados de Latinoamérica (Ministerio de Economía, 2009). En el año 2012 en El Salvador se aprueba la Ley General de la Juventud, donde se establece que se considera joven a la persona comprendida en el rango de edad de los 15 a los 29 años, sin distinción de nacionalidad, etnia, género, religión, discapacidad, situaciones de vulnerabilidad o cualquier otra condición particular (Ley General de la Juventud, El Salvador, 2012).

En El Salvador se evidencia la grave situación de deserción escolar que experimentan los jóvenes en el sistema educativo, sobretodo a partir de ciertas edades críticas, lo cual se constituye un importante llamado de alerta para quienes formulan política pública, en especial relacionada con la población joven. Además, los jóvenes son uno de los principales grupos afectados por la violencia en el país, y dentro de las diversas expresiones de la misma se encuentran las pandillas juveniles, popularmente conocidas como “maras”, en donde los jóvenes que se integran a estas agrupaciones lo hacen alrededor de los 15 años de edad (Santacruz, 2004).

En cuanto a datos demográficos más recientes, para el año 2013 la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples (EHPM) refleja que la población total del país fue de 6,290,420 habitantes, distribuidos en los 20,742 Km<sup>2</sup>, con una densidad poblacional de 303 habitantes por Km<sup>2</sup>. La población total para el área urbana es de 3,915,712 habitantes, representando el 62.2% del total de la población y en el área rural es de 2,374,708 habitantes, lo que representa el 37.8% del total de la población. Lo anterior indica que la mayor parte de la población se encuentra en el área urbana del país, concentrándose en ésta más de la mitad de la población; por otro lado, se enfatiza que el Área Metropolitana de San Salvador (AMSS) alberga el 27.5% del total de habitantes del país (Ministerio de Economía, 2013).

Por otra parte, destaca que el 56.2% de la población es menor de 30 años y la población de 60 años y más, que es considerada como adulto mayor, representan el 11%. Esto revela que la población salvadoreña es bastante joven, lo

que facilita la renovación generacional en los ámbitos productivos y de la sociedad en general. En cuanto a la mano de obra productiva, el 60% de la fuerza laboral tiene 39 años o menos, por lo que es un país predominantemente joven y altamente productivo, que es calificado como idóneo para actividades de manufactura, agroindustria y la prestación de servicios. Asimismo, existe una creciente población con educación superior con más de 160 mil estudiantes matriculados en carreras técnicas y universitarias, alrededor del 26% se concentra en carreras de administración y economía y un 21% en ingenierías y tecnologías (Ministerio de Relaciones Exteriores, 2014).

Al diferenciar la población por sexo, se tiene que las mujeres representan el 52.6% de la población total del país y los hombres el 47.4%; con un índice de masculinidad de 0.90, es decir que existen en el país 90 hombres por cada 100 mujeres. En la zona urbana este índice es de 0.86 y en la rural de 0.96.

La EHPM del año 2013, señala que a nivel nacional la tasa de analfabetismo es aproximadamente de 11.8%, de ésta el 7.3% corresponde a las mujeres y el 4.5% a los hombres. En el área urbana la tasa de analfabetismo es de 7.6%, la proporción de mujeres es de 5.2% y la de hombres de 2.4 %; en lo rural, la tasa de analfabetismo es de 18.9% correspondiendo el 11.0% para las mujeres y 7.9% para los hombres. La escolaridad promedio a nivel nacional fue de 6.6 grados, es de resaltar que a nivel de área se presentan diferencias, ya que para el AMSS la escolaridad promedio es de 8.6 grados, 7.7 grados para el área urbana y 4.7 para el área rural, siendo esta última la que está por debajo del promedio del país.

El desempleo comprende parte de la población que está en edad de trabajar y con disposición a hacerlo, pero que no encuentran trabajo. Para el año 2013 se encontraban en situación de desocupados 165,649 personas a nivel nacional, lo que representa una tasa de desempleo de 5.9% a nivel nacional, en el área urbana de 5.6% y en la rural de 6.6%, mientras que en el AMSS la tasa de desempleo se ubica en alrededor del 5.5%. La tasa de desempleo específica por sexo revela que el desempleo es mayor entre los hombres, con una tasa de 6.8%; en tanto la tasa de desempleo entre las mujeres es de 4.7%. Para el año 2013, al caracterizar el desempleo por grupos de edad, puede observarse que el rango de 16 a 29 años registró una tasa de desempleo de 10.4%; a diferencia del grupo de 30 a 44 años que reflejó una tasa del 3.5%, por lo que puede concluirse que el desempleo es mayor en la población más joven. El ingreso promedio mensual de los hogares a

nivel nacional es de USD 556.16; por área la diferencia es bastante marcada, en el área urbana es de USD 660.90 y en el área rural es de USD 361.82.

Las exportaciones en el 2014 sumaron USD 5,272.7 millones. Los productos más exportados por El Salvador son: azúcar de caña, camisetas, calcetines, suéteres, café, plástico, papel, medicamentos, preparaciones y conservas de pescado, entre otros (Ministerio de Relaciones Exteriores, 2014). Por otra parte, las importaciones sumaron USD 10,512.9 millones (2014). Los productos más importados por el país fueron: diesel, combustible, celulares, medicamentos, hilados de algodón, filamentos sintéticos, vehículos de turismo, etileno, tejidos de punto, preparaciones alimenticias, entre otros. En el año 2014 la deuda externa bruta en el país alcanzó los USD 15,137.7 millones; el ingreso por remesas familiares recibido por el país fue de USD 4,154.2 millones (BCR El Salvador, 2014).

En cuanto a los atractivos fiscales, los esquemas de incentivos en el país (zonas francas y parques industriales) brindan importantes exenciones fiscales en impuesto sobre la renta e impuestos municipales, así como la importación libre de impuestos para maquinaria, equipo, materia prima y bienes que sean necesarios para la ejecución de la actividad. En El Salvador existen 17 zonas francas, cinco de las cuales también funcionan como parques de servicios. El Salvador dolarizó su economía en el 2001, por lo que se genera una mayor certidumbre para los inversionistas como resultado de la eliminación del riesgo cambiario (Ministerio de Relaciones Exteriores, 2014).

Por su posición geográfica, en su afán de llevar sustancias ilícitas hacia México y Estados Unidos de América, el territorio de El Salvador al igual que el resto de países de la región centroamericana es susceptible de ser utilizado por los cárteles internacionales de las drogas. La extensión territorial de El Salvador es de 20,742 km<sup>2</sup>, la menor de América Central. El Salvador cuenta con 320 kilómetros de costa y playas en el Pacífico, y ejerce también soberanía y jurisdicción sobre el mar, el subsuelo y el lecho marino hasta una distancia de 200 millas marinas contadas desde la línea de más baja marea en el litoral del Océano Pacífico.

El país tiene 545 km de frontera que se encuentra limitado en el Norte y Noreste por la República de Honduras; en el Este y Sureste por el golfo de Fonseca, que lo separa de la República de Nicaragua; en el Sur por el océano

Pacífico; y en el Oeste y Noroeste por la República de Guatemala. Adicionalmente, la situación del tráfico ilícito de drogas que se moviliza a través de Centroamérica, facilita que parte de esta droga se quede en territorio nacional, como pago en especie por la colaboración prestada a las redes del narcotráfico transnacional, especialmente provenientes de México y Colombia, la cual es comercializada en el mercado local, tal como lo evidencian diversos estudios realizados en sectores específicos de la población, estudiantes de enseñanza básica y media, así como en la población general, observándose nuevas tendencias de consumo de drogas tanto lícitas como ilícitas, entre estas últimas las drogas más consumidas la marihuana, seguida de la cocaína, y el éxtasis, droga que denota un auge en su consumo (CNA, 2014).

El 9 de agosto del año 2007, se suscribe en Medellín, Colombia, "El Tratado de Libre Comercio entre la República de Colombia y las Repúblicas de El Salvador, Guatemala y Honduras", conocido como Triángulo Norte (Cancillería, Colombia, 2008); Entrada en vigor para la República de Colombia y la República de Guatemala el 12 de noviembre de 2009; para la República de Colombia y la República de El Salvador el 1° de febrero de 2010; y entre la República de Colombia y la República de Honduras el día 27 de marzo de 2010.

El recrudecimiento en los niveles de violencia delictiva en el Triángulo del Norte centroamericano puede atribuirse en gran medida a la creciente importancia de la región en operaciones de narcotráfico. El aumento en la presencia de organizaciones de tráfico de drogas mexicanas y la amenaza que presentan a las organizaciones criminales locales es una fuente destacada de conflicto violento (Transnational Institute, 2012). Como se comenta en este documento de debate, determinar con precisión hasta qué punto los temas de narcotráfico son responsables de la creciente violencia en El Salvador, Guatemala y Honduras es imposible. Incluso determinar con precisión el papel del crimen organizado, una categoría más amplia, se ha revelado impracticable. Asimismo, se señala que los enfoques de mano dura y la estrategia de militarización que los Gobiernos del Triángulo del Norte han implementado son también en buena medida fuentes de desestabilización y nivel de alza de la violencia. Se resalta el llamado que lanzó el presidente guatemalteco, Otto Pérez Molina, a discutir enfoques alternativos es un avance notable, que ha contribuido de manera significativa a ampliar el debate

regional más allá de las estrategias actuales de combate a las drogas, pese a la oposición estadounidense y la falta de acuerdo con otros países centroamericanos.

América Central es uno de los campos de batalla más cruentos en la guerra contra las drogas. Guatemala, junto con sus vecinos Honduras y El Salvador, están entre los países más violentos del mundo. La mayor parte de la violencia proviene de las guerras territoriales entre pandillas juveniles, pero los cárteles de droga mexicanos están intensificándola a medida que amplían su influencia y operaciones en la región (Prensa Libre, 2012). Pérez Molina citó *"la mayor debilidad de América Central en su lucha contra el crimen organizado es su fragilidad institucional. Jueces, policías, políticos y soldados son fácilmente comprados por los cárteles"*. A pesar de aumentar sus presupuestos de seguridad en un 60% en los últimos cinco años, los países centroamericanos gastaron aproximadamente USD 4.000 millones en seguridad y justicia en el 2010. Esa cifra empequeñece en comparación al estimado de USD 25.000 - USD 35.000 millones que ganan cada año los cárteles mexicanos, que son los que manejan el narcotráfico en Centroamérica.

Los Estados de la región muestran grandes déficits de capacidades en materia de justicia y seguridad. Esto se refleja en índices de impunidad alarmantes, la crisis que atraviesan sus sistemas carcelarios y en la desconfianza de la ciudadanía hacia las instituciones de justicia y policía. Uno de los casos más reciente que ha trascendido a nivel internacional, es el caso de los 43 estudiantes desaparecidos en Ayotzinapa, México. La Escuela Normal *Rural Raúl Isidro Burgos* queda en Ayotzinapa, un pueblo de 84 habitantes ubicado en el estado de Guerrero, en el sudoeste del país. Este municipio fue parte de una oleada de instituciones educativas creadas por la Revolución Mexicana (1910 - 1920), que apuntaba a formar docentes comprometidos con la realidad social de sus comunidades. *Los normalistas*, como se llama a sus alumnos, conservan hasta hoy una tradición fuertemente combativa ante los alcaldes de la región, frecuentemente corrompidos por el narcotráfico. El 26 de septiembre de 2014, un grupo de estudiantes de la Escuela Normal *Raúl Isidro Burgos* fue hasta el municipio de Iguala para recaudar fondos. Allí participaron de una protesta contra María de los Ángeles Pineda, esposa del entonces Alcalde José Luis Abarca Velásquez, y candidata a sucederlo. Durante esta actividad los 43 estudiantes desaparecieron. En noviembre de 2014, el Procurador General de la República, Jesús Murillo

Karam, ofreció una conferencia de prensa en la que dio la versión oficial: “*los estudiantes habían sido capturados por policías municipales, entregados a sicarios de Guerreros Unidos, fusilados en un basural e incinerados*”. En septiembre de este año (2015), el Grupo Interdisciplinario de Expertos Independientes, que había sido convocado por el Estado para hacer un informe sobre lo ocurrido, desnudó las graves irregularidades de la investigación. Testigos falsos, confesiones obtenidas mediante apremios ilegales, pruebas desechadas sin justificación, hipótesis insostenibles científicamente y crasas omisiones en la búsqueda de responsabilidades institucionales, fueron algunos de los vicios denunciados por los investigadores internacionales (Infobae América, 2015).

En cuanto a la estructura geográfica del país, el territorio salvadoreño está organizado en 14 departamentos, 39 distritos y 262 municipios. La ciudad de San Salvador es la capital del país; su área metropolitana incluye 14 municipalidades cercanas, y concentra la actividad económica de la República. Las ciudades de Santa Ana y San Miguel son otros centros importantes del país. A parte de las consecuencias ocasionadas por el tráfico ilícito de drogas tales como la impunidad y la corrupción, la delincuencia asociada a la demanda y oferta de drogas, la disputa de territorios de distribución de drogas por parte de las pandillas, los ajustes de cuentas y el incremento del sicariato han agravado otros problemas sociales, los que articulados a los problemas derivados de la violencia intrafamiliar, accidentes de tránsito, ausentismo laboral y deserción escolar, comprometen seriamente la capacidad y los recursos del Estado.

Las organizaciones de tráfico de drogas también han establecido lazos poderosos con las maras salvadoreñas, incluso más profundos que en Guatemala y Honduras. La colaboración entre maras y estas organizaciones criminales en El Salvador data de finales de la década de 1990, pero se ha ampliado considerablemente con la llegada de otros grupos importantes a Centroamérica. Informes revelan que cerca de 40 miembros de una de las fracciones más violentas de la mara MS-13, *los Fulton Locos Salvatruchas*, fueron enviados a Guatemala para recibir entrenamiento de Los Zetas. Ciertos datos apuntan también a que Los Zetas han aumentado sus esfuerzos para reclutar a líderes de alto nivel dentro de estas bandas, dadas sus redes, contactos, mercados y disposiciones de seguridad en el lado estadounidense de la frontera. Funcionarios de inteligencia así como

académicos han señalado que el aumento en la tasa de homicidio en El Salvador puede atribuirse a los enfrentamientos violentos que resultan de esta competencia, por ejemplo el caso presentado en los departamentos de La Unión y en San Miguel donde el tráfico de drogas estaba bajo el control de la banda “Los Perrones”, una red informal de transportistas (Transnational Institute, 2012).

América Central no solo es una de las principales rutas de tránsito de drogas, y víctima de la violencia y corrupción que general, sino que también es testigo de cómo aumentan la producción y el consumo, según un informe sobre drogas publicado por la Organización de las Naciones Unidas (JIFE, 2014). “Los problemas de seguridad relacionados con el negocio de las drogas, como los altos niveles de violencia, el blanqueo de dinero, la corrupción y otras actividades ilícitas, son cuestiones acuciantes para los países de Centroamérica y El Caribe”, señaló la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE), un organismo autónomo dentro del sistema de Naciones Unidas (Prensa Libre, abril, 2015). La JIFE insiste en que la región es “explotada” por grupos criminales locales e internacionales como rutas de tránsito de drogas desde los países productores de Suramérica hacia los consumidores de los países ricos de Europa y Estados Unidos. De hecho la JIFE estima que el 80% de la cocaína que entra clandestinamente a los EUA para por Centroamérica. Los altos beneficios que genera el narcotráfico, especialmente de esa droga, provoca una ruda batalla entre distintas bandas y según este organismo han hecho crecer la violencia en la región. Refieren cálculos que hablan de la existencia de unas 900 bandas criminales o pandillas en Centroamérica, con unos 70,000 miembros. “En El Salvador, Guatemala y Honduras, el 15% de los homicidios guarda relación con las pandillas, que tienen vínculos importantes con actividades de tráfico de drogas”, advirtió la JIFE.

De acuerdo con la Policía Nacional Civil (PNC), las pandillas salvadoreñas han sufrido una mutación en los últimos años, involucrándose en la narcoactividad y recibiendo adiestramiento militar. El anterior Ministro de Justicia y Seguridad Pública, Ricardo Perdomo, las llamó “narcopandillas” para describir el nivel de participación que tienen las dos principales pandillas de El Salvador (mara MS 13 y mara 18) en el tráfico de drogas dentro del país y hacia fuera de las fronteras (Prensa Libre, abril 2014).

El contexto geográfico, social, cultural, económico y político que se ha planteado de El Salvador, cobra sentido en el entendido que el fenómeno de las drogas no puede analizarse alejado de la realidad social de los países, y particularmente de las condiciones de vida de las personas. El Quinto Informe Estado de la Región (Poyser, 2015), revela la pobreza en Centroamérica y su evolución del año 2000 al 2014. Durante la primera década del siglo XXI, la mayoría de países Centroamericanos tuvieron progresos en la disminución de la pobreza medida desde la insuficiencia de ingresos (línea de pobreza). Alrededor del año 2000, el 53,7% de la población en Centroamérica vivía en condiciones de pobreza, ya sea moderada o extrema, lo que implicó que a nivel regional 20 de los cerca de 36 millones de personas no tuvieran los recursos económicos para alcanzar un nivel de vida o bienestar mínimo; comparativamente se observa que para el año 2013 ésta fue cerca de 22 millones (49,4%). Adicionalmente, en este mismo periodo el porcentaje de la población de Centroamérica en condición de pobreza extrema se redujo casi 11%.

Con excepción de Guatemala (el cual fue el único país donde aumentó la pobreza), todos los países de la región tuvieron una reducción en la incidencia de pobreza entre los años 2000 y 2013. En el caso de Honduras y Nicaragua los cuales han mostrado históricamente los niveles más altos (por encima del 55%), se observó un descenso sensible en comparación con los demás países (11% en Honduras y 6% en Nicaragua). El progreso de Nicaragua fue más notorio en torno a la pobreza en zonas urbanas, donde se pasó de un 63,8% a un 52,6%, y en términos de pobreza extrema el grupo de personas en condición de indigencia disminuyó en una tercera parte (de 42,4% a 29,5%).

El Salvador pasó de un 47,9% de personas en condición de pobreza en el 2000, a un porcentaje de 40,9% en 2013. En este país se destaca además el gran avance en las zonas rurales, donde en ese período se logró disminuir en un quinto (62,3% a 48,7%) la proporción de personas en condición de pobreza total, y casi a la mitad cuando se trata de pobreza extrema (33,5% a 17,5%). No obstante, éste no fue el país donde se evidenció la mayor disminución; Panamá en casi una década y media disminuyó en 13,7% la pobreza vista desde los ingresos, es decir, poco más de 1 p.p. por año. Finalmente, Costa Rica sólo logró disminuir en 2,6 p.p. (20,3% a 17,7%) entre el 2000 y 2013, el descenso más incipiente entre los países analizados.

- **Caracterización del consumo de drogas.**

El consumo de SPAs es considerado una forma inadaptativa de afrontamiento; se ha demostrado su relación con el estrés y la depresión, y con factores familiares como el conflicto, la existencia de pautas rígidas de interacción y la falta de vínculos de apoyo y afectivos (Arellanez, 2004). Los estudios de epidemiología genética han puesto de manifiesto que las adicciones tienen de una moderada a alta heredabilidad (Ibañez, 2008). También, el consumo de SPAs está mediado por factores de riesgo y protección tanto de índole personal, social, cognitivo, emocional y de comportamiento, incluyendo las dificultades en las competencias sociales, las relaciones interpersonales, la necesidad de aceptación por los compañeros, las malas relaciones familiares, actitudes favorables hacia el uso de drogas y la falta de asertividad (López, 2008).

Otros factores como el ejercicio físico también han sido estudiados. En el año 2013, un grupo de investigadores (Siñol, y Col.) revisó la literatura existente sobre la efectividad del ejercicio físico como intervención coadyuvante en el tratamiento de la dependencia de SPAs. La utilidad del ejercicio físico como estrategia coadyuvante en los tratamientos habituales parece demostrada, tanto para favorecer la reducción del consumo como para facilitar la disminución del craving y la sintomatología de abstinencia, especialmente en el caso de la dependencia de nicotina.

También existe relación entre el maltrato durante la niñez y el abuso de SPAs en la adolescencia, un grupo de trabajo constituido por la CICAD y el Centro de Adicciones y Salud Mental de Toronto, Canadá (CAMH), en junio de 2010 recopiló la información disponible sobre éstas temáticas, identificándolas como áreas prioritarias para una investigación multinacional entre los países participantes: Colombia, El Salvador, Nicaragua, Uruguay, Panamá y Jamaica (Longman-Mills, y Col. 2011).

Además, el exosistema influye en el comportamiento del individuo y su desarrollo. Este nivel incluye a otras personas y lugares con los cuales el individuo regularmente no puede actuar o interactuar. El macrosistema, el cual es un contexto más amplio y remoto, también ejerce una gran influencia en la persona e incluye sus ambientes culturales y socioeconómicos (Berk, 2001). Asimismo, el nivel de salud mental ha demostrado ser un factor determinante importante, hay evidencia que demuestra la influencia del nivel de salud mental y el uso de SPAs.

Los índices de salud mental difieren por género, las mujeres reportan los más altos síntomas de depresión y ansiedad; en la adolescencia tardía y población joven urbana, el pobre nivel de salud mental está asociado con un incremento de uso de SPAs (Schwinn, Schinke & Trent, 2009).

Como parte de los factores de riesgo y de protección, el contexto internacional representa un factor condicionante para la oferta y demanda de drogas. Estas amenazas emergentes se han presentado como fenómenos que afectan a las instituciones estatales y a las personas gobernadas por ellas, poniendo en riesgo la integridad física de los ciudadanos y permeando al estado de diversas maneras (Elissa, 2005).

De acuerdo con el Informe del Uso de Drogas en las Américas (OEA, 2011), en estudiantes de secundaria, El Salvador fue catalogado como uno de los países con prevalencias de consumo más bajas de la región (prevalencia de vida, último año y último mes), en contraste con países como República Dominicana, Uruguay, Colombia y Brasil, cuyas prevalencias reportadas fueron las más altas. Respecto a drogas legalizadas, El Salvador ha ocupado durante más de una década una de las prevalencias generales más elevadas referente al consumo de tabaco a nivel de Centroamérica: El Salvador (25,6%), Honduras (24,9%) y Costa Rica (20,5%). (Bejarano, 1999).

A mediados del año 2000, con el apoyo de la CICAD y el Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas de los Estados Unidos de América (NIDA), se llevó a cabo una investigación sobre el abuso de drogas en población escolar entre 13 y 17 años de edad. Dicho estudio se ejecutó en Centroamérica y en República Dominicana. El estudio en El Salvador seleccionó una muestra de 1,615 escolares, de colegios públicos y privados. Según los resultados de dicha investigación el alcohol fue la droga de mayor consumo por parte de los escolares. Más de una tercera parte de ellos, un 42.8%, reportó consumo de alcohol, seguido por consumo de tabaco, con una prevalencia del 30%, y consumo de marihuana con un 7 a 8%.

Según el Estudio de Factores de Riesgo y Protección del consumo de drogas entre estudiantes universitarios salvadoreños (Rivera, 2007), se advierte que alrededor de una tercera parte de la población se encuentra en inminente riesgo a causa de la inseguridad individual, familiar y socioeconómica; y en consecuencia los jóvenes se ven inducidos a adoptar conductas de riesgo. Este

estudio concluye además que la publicidad que ofrecen los medios de comunicación induce a la adopción de conductas desadaptativas y al consumo de drogas lícitas e ilícitas, lo cual es visible a diario en el país, donde los medios de comunicación envían un mensaje confuso, mezclando el fenómeno del narcotráfico con el fenómeno del consumo problemático de SPAs. A esto se le suma que la mayoría de universidades priorizan la instrucción profesional y muy poco la educación integral, lo que se constituye en un verdadero reto para las Instituciones de educación superior cuya prioridad es contribuir aportando alternativas para la solución o disminución de los problemas sociales (Longman-Mills, et al. 2013). Un estudio realizado en El Salvador, en el año 2013, sobre las condiciones contextuales y evolutivas de los medios de comunicación y la percepción de las adicciones, señala que es necesario que los medios de comunicación informen con veracidad, en el sentido que la mayor prevalencia de morbilidad y mortalidad por consumo problemático y dependencia de SPAs está relacionado a las drogas lícitas y no a las drogas ilícitas, considerando la variación en las características sociodemográficas, en los patrones de consumo de la población y la necesidad de los usuarios de obtener respuestas satisfactorias en los servicios de atención (Juárez, 2013).

De acuerdo con el primer estudio sobre consumo de drogas y de otras problemáticas en población estudiantil de cinco universidades de El Salvador, realizado en el 2010, el 70.8% de los estudiantes universitarios declaran haber consumido algún tipo de drogas a lo largo de su vida, un 45.1% de los estudiantes consumieron alguna droga legalizada o ilegalizada en el último año. Excluyendo el alcohol y el tabaco, los resultados de este estudio demuestran que las drogas ilegalizadas más consumidas en el 2009 fueron: la marihuana con 3.3%, solventes 0.7%, cocaína con 0.6% y hashis con algo más del 0.5%. En cuanto a tranquilizantes, estimulantes y analgésicos, el 7.8% de los universitarios declaró el consumo de tranquilizantes alguna vez en su vida (CNA, 2013). Cabe señalar que al comparar el consumo de drogas legalizadas (alcohol y tabaco) frente al consumo de drogas ilegalizadas (marihuana, cocaína, hashis, etc.), la diferencia de prevalencia de consumo es significativa, lo que permite visualizar que son las drogas legalizadas como el alcohol y el tabaco, las que más problemas sociales, familiares e individuales ocasionan en la población joven de El Salvador. La prevalencia de consumo de tabaco fue del 46.9% alguna vez en la vida, y de 21.3%

en el último año. La prevalencia de consumo de alcohol alguna vez en la vida fue del 64.5% y de 40.2% en el último año.

Con relación al consumo de alcohol, se encontró que los porcentajes fueron mayores al 50% entre los hombres y las mujeres, siendo un poco más elevado en el género masculino, mostrando un mayor porcentaje para la prevalencia de vida, año y mes. Se evidenció que el consumo de alcohol se incrementa con la edad, siendo el rango de 23 a 24 años el que mostró el mayor porcentaje y el menor en el grupo de 18 años o menos. Se encontró que el promedio de inicio del consumo fue de 17 años para hombres y mujeres. El consumo de tabaco mostró la misma tendencia que el alcohol, pero con la diferencia que en los hombres el consumo fue siempre el doble que en las mujeres para la prevalencia de vida, año y mes, observando la misma situación para la incidencia por año y mes. En cuanto a los tranquilizantes, el Informe Internacional de Fiscalización de Estupefacientes 2012 de las Naciones Unidas, hace énfasis en que el abuso de preparados farmacéuticos, incluidos los que contienen tranquilizantes, sedantes y estimulantes, sigue siendo grave motivo de preocupación en América Central, en particular en lo que respecta a las mujeres (CNA, 2013). En este estudio, se identificó que de los estudiantes universitarios, el 1.8% de ellos utilizaron por primera vez tranquilizantes sin prescripción médica en el último año. En cuanto a los estimulantes, la Ritalina es el mayormente consumido, alguna vez en la vida, a predominio del sexo masculino.

De acuerdo con un Estudio realizado en el período 2010-2012 en una Universidad de El Salvador, que relaciona el uso de drogas con el maltrato durante la niñez, revela que solo el 12.1% de los estudiantes perciben haber sufrido maltrato durante la niñez. Pese a ésta percepción, la indagación por tipos de maltrato durante la niñez por medio del Cuestionario Experiencias Adversas durante la Niñez – CEA, el 68.75% de los estudiantes universitarios encuestados sufrieron realmente algún tipo de maltrato durante su niñez. El abuso físico y el abuso verbal fueron los dos tipos de maltrato más frecuentes, y el de menos incidencia el abuso sexual. El estudio evidenció que existe mayor antecedente de maltrato físico durante la niñez en los estudiantes universitarios que usan y abusan de drogas, que en aquellos estudiantes quienes no consumen drogas (Juárez & Martínez, 2013).

Según el Estudio Nacional sobre Consumo de Drogas en Población General de El Salvador realizado en el período 2013-2014, el alcohol resulta ser la sustancia psicoactiva que más se consume en El Salvador, de cada dos personas, una habrá consumido, en al menos una ocasión de su vida de dicha sustancia. El estudio señala que es de vital importancia que las campañas publicitarias que se diseñan para prevenir y reducir el consumo de alcohol en la población salvadoreña tomen en cuenta el perfil del consumidor que la evidencia científica revela, la cual demuestra que son los hombres quienes presentan mayor problema de consumo riesgoso o perjudicial y quienes mayormente presentan signos de dependencia a las bebidas alcohólicas, y por lo general sucede entre los 18 y 24 años de edad. Es importante resaltar que entre los estudios de 2005 y 2014 la prevalencia de vida de alcohol se ha incrementado cerca de un 12%. Considerando únicamente a los consumidores del último mes, en el grupo de menores de edad, la tasa de consumo casi se duplica. Un hallazgo importante, es que tanto la prevalencia del último año como del último mes de tabaco se ha reducido en comparación a los resultados del año 2005, lo cual podría ser explicado por la ley de consumo de tabaco que entró en vigor hace un par de años. En cuanto a sustancias ilegales, el estudio muestra el aumento en el consumo global de cualquier droga ilícita: marihuana, cocaína, crack, heroína, MDMA-éxtasis e inhalables. La sustancia que mostró mayor incremento en el consumo es la marihuana, cuyo consumo reciente y del último año se ha quintuplicado, pasando de 0.4% en 2005 a 2.3% en 2014 (CNA, 2014).

En contraste con ésta realidad, los esfuerzos gubernamentales se han centrado en frenar el consumo de drogas ilegalizadas; éstas, aunque representan una amenaza para los jóvenes salvadoreños, evidencian un menor impacto en comparación con las repercusiones sociales, familiares y personales que drogas legalizadas como el alcohol y el tabaco ocasionan, afectando a un sector más amplio de la población. Según Pérez-Gómez (2004), durante el período 2001-2004, los costos totales de las drogas en El Salvador se aumentaron en más del doble, una parte muy importante de ese aumento es atribuible a los costos de tratamientos. Estos costos se traducen en una evolución del impacto per cápita de USD 2,93 en el año 2001 a USD 6,37 en el año 2004.

Los costos directos gubernamentales se agrupan en dos grandes categorías; reducción de la oferta (ROF) y reducción de la demanda (Rdem); este

último rubro se divide en tres categorías: tratamiento, prevención y castigo (cárcel para consumidores de drogas, medida existente en pocos países del hemisferio). Cerca del 30% de los recursos asignados a reducción de la demanda se invierten en cárcel para consumidores (Pérez-Gómez, 2004).

El aumento de los problemas sanitarios relacionados con las drogas ha propiciado una revisión de los efectos de la criminalización y la marginación de los consumidores de drogas (UNODC, 2012). Aun cuando se ha estimado que el 80% de la droga que se produce a nivel mundial es consumida por el 20% de los consumidores de drogas (en contraste con el restante 20% de la droga producida, la cual es consumida por el 80% de consumidores), las políticas sobre drogas siguen estando orientadas a la represión y coerción, en lugar de centrar sus esfuerzos en el 20% de la población cuyo consumo es problemático y perjudicial para su salud (Figura 2).

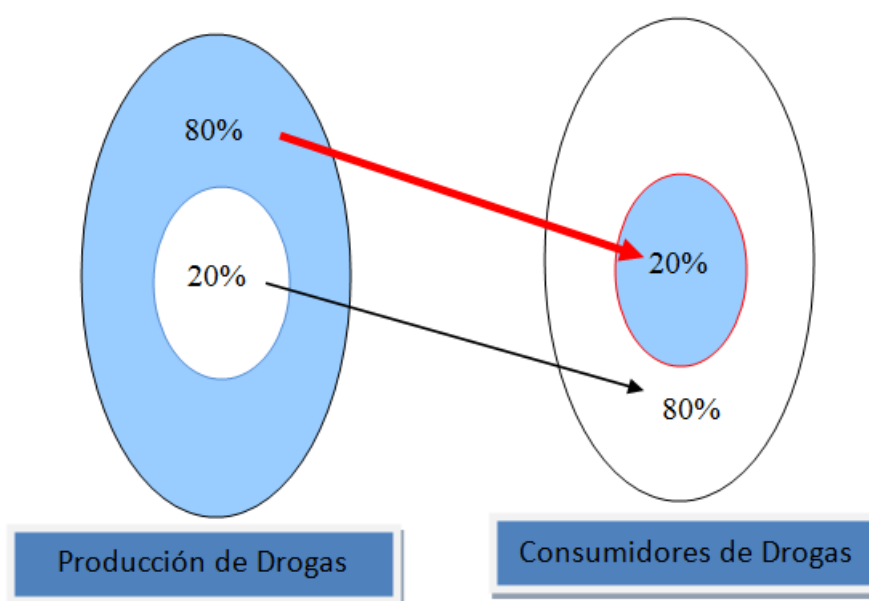


Figura 2. Comportamiento de la Producción y Consumo de Drogas.  
Fuente Propia.

Abordar el consumo de drogas como un problema de salud pública, mediante programas de prevención, tratamiento, reducción del daño y rehabilitación de consumidores; establecer una restricción en los horarios de compra de alcohol en los bares y negocios que lo distribuyen, y fortalecer el control estricto de la venta de alcohol a menores de edad, continúan siendo desafíos que cita el PNUD para los países de América Latina (PNUD, 2014).

El Gobierno de El Salvador, mediante la coordinación de la CNA ha impulsado una serie de acciones para controlar el fenómeno de las drogas; no obstante, los indicadores sobre la reducción de la oferta y reducción de la demanda no evidencian la efectividad de dichas acciones. Actualmente son más los individuos que abusan de SPAs, los jóvenes son los más afectados por el consumo problemático, hay más cantidad y variedad de SPAs, y la accesibilidad es cada vez mayor (CNA, 2014).

Por tanto, este estudio explorará los resultados de las acciones ejecutadas por las instituciones gubernamentales y no gubernamentales relacionadas con las áreas de reducción de la oferta y reducción de la demanda de drogas, y los contrastará con los indicadores-meta propuestos alcanzar en la última década en El Salvador, destacando los resultados en los componentes de prevención, tratamiento y rehabilitación; y con base en la evidencia disponible, formula un modelo de política social para afrontar el consumo problemático de SPAs que, a la luz del estado del conocimiento, responda más efectivamente que los modelos actualmente implementados en la población salvadoreña.

## **1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

¿Cuál es el modelo de política social que es pertinente para afrontar el consumo problemático de SPAs en la población salvadoreña, desde el enfoque de salud internacional?

## **1.3. HIPÓTESIS**

El modelo de política social que es pertinente para afrontar el consumo problemático de SPAs en la población salvadoreña, debe considerar desde su diseño hasta su implementación los siguientes ejes estratégicos:

- a) Fortalecimiento de la interinstitucionalidad e intersectorialidad.
- b) Protección de las personas con consumo problemático: marco de derecho y reducción de daños.
- c) Aseguramiento de una atención integral de calidad.
- d) Educación y cultura para valorar el problema de las adicciones a las drogas como una enfermedad.

#### **1.4. OBJETIVOS**

##### Objetivo general

- Formular un modelo de política social para afrontar el consumo problemático de Sustancias Psicoactivantes en la población salvadoreña, desde el enfoque de salud internacional.

##### Objetivos específicos

- Explorar las acciones ejecutadas en el marco del Plan Nacional Antidrogas 2002-2008.
- Caracterizar el problema actual de las drogas en El Salvador, exponiendo los indicadores epidemiológicos y registros oficiales de las áreas de reducción de la oferta y reducción de la demanda de drogas, del período 2004-2014.
- Contrastar las acciones ejecutadas en las áreas de reducción de la oferta y reducción de la demanda de drogas, con los indicadores-meta propuestos en la ENA 2011-2015.
- Determinar las bases de un modelo de política social en drogas, pertinente para la población salvadoreña, que intervenga la vulnerabilidad del consumo de manera transversal, aplicando la perspectiva de determinantes y condicionantes sociales.

## 1.5. JUSTIFICACIÓN

El consumo de SPAs ha estado ligado a la historia de la humanidad y su relación con el ser humano en las diferentes épocas tiene características propias en cada una de ellas, posicionándolo actualmente en un problema relevante que se vincula con otros factores de carácter personal, social, cultural, económico, geopolítico, medioambiental y de salud.

Debido a su complejidad, el consumo problemático de SPAs requiere un abordaje global que coloque al ser humano como el principio fundamental de las intervenciones y que considere tanto la reducción de la demanda (prevención del consumo, tratamiento y reintegración social), como la reducción de la oferta (cultivo, producción y tráfico). En los últimos años se aprecia una privilegiada atención a la reducción de la oferta, predominando la asignación de recursos técnicos, financieros, humanos y materiales, a la represión; postergando la atención a la reducción de la demanda.

La necesidad de un cambio de enfoque es apremiante, ya que el fenómeno de las drogas ha ido adquiriendo una relevancia de grandes proporciones de la que dan cuenta países y gobiernos de todo el mundo. Son muchos los elementos que caracterizan esta actividad y sus acciones son a escala global. Los grandes flujos de dinero que implica, su dispersión geográfica y su variada simbolización y formas de consumo, obliga a pensar en distintas culturas y escenarios sociales (Elissa, 2005).

Como ente rector en El Salvador, la CNA ha establecido líneas específicas de acción frente al fenómeno de las drogas. El trabajo se ha dividido en dos áreas estratégicas de intervención: Reducción de la Oferta y Reducción de la Demanda de Drogas. Asimismo, el trabajo de las dos grandes áreas estrategias es apoyado por los siguientes 4 ejes transversos: 1) Tratados, Legislación y Convenios; 2) Investigación, Información y Estadística; 3) Formación y Capacitación; 4) Financiamiento y Cooperación (CNA, 2012).

Se enfatiza que los jóvenes constituyen el grupo de la población más expuesto a los riesgos asociados al consumo problemático de SPAs y que esto es debido a la conjugación de varios factores. La adolescencia es una etapa de cambios no sólo físicos, biológicos y fisiológicos, sino también cambios psicológicos y sociofamiliares con sus consecuentes conflictos emocionales, a los que se suman la dificultad para adaptarse a dichos cambios, la necesidad de

experimentar nuevas actividades y la influencia creciente del medio y de personas ajenas a la familia en su comportamiento y decisiones (Gobbi, 1993). Los motivos para comenzar son diversos, pero el inicio por curiosidad o para agradar a los pares parecen ser los más comunes a esta edad (Braschi, 2006).

En el año 2007, la Universidad Complutense de Madrid publicó una Investigación en la que enraíza el problema de la droga en su contexto social, económico y político, poniendo en tela de juicio a todo el entramado social, incluida la propia acepción diagnóstica del término droga, además de todo el sistema de valores que la sociedad occidental posmoderna promueve (Jáuregui, 2007). Este estudio cuestiona ¿porqué, por ejemplo, el vino se ha constituido como algo social al igual que otras adicciones mientras que la droga (ilegal) se ha constituido como negatividad pura cuando en realidad es una técnica entre otras que permite multiplicar la individualidad?, ¿por qué el consumo de droga se ha instituido como manía y no el alcoholismo?. Señala que en un principio, las drogas –ilícitas–, al contrario que el alcohol, proporcionaban una sensación de calma y de éxtasis; estimulaban las sensaciones y al mismo tiempo calmaban los tormentos del alma. De alguna manera, las drogas –ilícitas– proporcionaban esa apertura y control de uno mismo, mientras que el alcohol enturbia los sentidos y desparrama la individualidad. Los efectos de la droga –ilegal– agudizaban la mente y calmaban el espíritu, por lo que el individuo es capaz de grandes logros y de hecho el medio artístico siempre fue proclive a utilizar estos medios.

Esta investigación recalca que la droga –ilegal– era y sigue siendo un medicamento, ante todo, pero que da a todo ser humano la posibilidad de alcanzar la plenitud, y con el tiempo pasa a ser un hecho social porque pasa de ser un medicamento a una experiencia individual que va más allá de las fronteras y límites de uno mismo. La apelación de droga a ciertos productos y no a otros no deriva tanto de la toxicidad de los productos como de la cultura y de las normas. El estudio concluye que la definición de droga hoy se extiende más allá de ciertas sustancias psicoactivas para designar actividades o relaciones, estableciéndose así un consenso alrededor del concepto de adicción, entendida ésta en su concepción prestada del derecho romano como estado de esclavitud tras perder la libertad por endeudamiento –*addictus*–. La autora es enfática en determinar que el problema de las adicciones a drogas no es un problema de los jóvenes, y que se está estigmatizando a este sector de la población, y el que hoy se catalogue de

adicto a una persona o no, depende si esta adición es a productos socialmente aceptables y aceptados.

El consumo problemático de SPAs en la población joven de El Salvador, sobretodo las legalizadas y en menor escala las ilegalizadas, representa un gran desafío para las instituciones gubernamentales responsables de las áreas de seguridad social, justicia, salud, educación y gobernación. Dichas entidades están directamente involucradas en la formulación de políticas públicas del consumo de drogas, les corresponde velar por el cumplimiento de los procesos administrativos y penales establecidos, brindar y asegurar una atención inmediata, eficaz, eficiente y de calidad, establecer controles y garantizar la seguridad pública y social de todos sus ciudadanos. Aun cuando se realizan importantes esfuerzos ante el consumo problemático de SPAs, alcanzar un nivel de trabajo coordinado e intersectorial no es fácil. Se estima que la falta de coordinación y articulación entre los distintos subsectores proveedores de servicios de salud (público, seguridad social y privado) generan una heterogénea oferta de coberturas, que impide la conformación de una visión compartida de los sistemas de salud y atenta contra el uso eficiente de recursos y el logro de niveles aceptables de equidad en el acceso y la utilización de los servicios (Arriaga, 2005).

Esta investigación se justifica porque de acuerdo con algunos estudios realizados en El Salvador, los indicadores de reducción de la oferta y reducción de la demanda se han incrementado en los últimos años, y es preciso reformular las estrategias implementadas con base en el estado del conocimiento. Por ello se busca explorar las acciones ejecutadas en el marco del Plan y Estrategia Nacional Antidrogas, en diferentes períodos en la última década, y contrastar dichas acciones con los indicadores-meta planteados para el último quinquenio, ponderando los resultados en los componentes de prevención, tratamiento y rehabilitación. Con base en los resultados de los indicadores, aunado a la opinión de expertos, y a las recomendaciones hechas por organismos internacionales, se formula un modelo de política social para afrontar el consumo problemático de SPAs que, a la luz del estado del conocimiento, responda más efectivamente que los modelos hasta hoy implementados.

## **1.6. VIABILIDAD Y LIMITACIONES**

### **Viabilidad**

El estudio fue factible de realizar considerando la posibilidad de acceso a las Unidades de Análisis: miembros de la Red Nacional de Información sobre Drogas y Comisión Nacional Antidrogas. Además, se facilitaron contactos con miembros de la Red Latinoamericana de Investigadores sobre Drogas (REDLA) y Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD). Esta investigación se centró en explorar los resultados de las acciones implementadas por las estructuras sociales responsables de ejecutar el Plan y la Estrategia Nacional Antidrogas; en revisar el modelo de abordaje y principios rectores propuestos; en conocer la opinión y valoración de expertos y las recomendaciones de organismos internacionales.

### **Limitaciones**

Aunque el estudio presenta una estimación de los resultados y grado de alcance de las acciones ejecutadas en el marco del Plan y Estrategia Nacional Antidrogas, no mide el impacto de las acciones ejecutadas y no podría ser considerado como un mecanismo de medición de resultados de la actual Estrategia Nacional Antidrogas 2011-2015, pues el estudio explora las acciones que se han ejecutado y las contrasta con los indicadores-meta propuestos alcanzar en las áreas de reducción de la oferta y reducción de la demanda, con base en la información disponible y evidencia empírica recopilada a la fecha.

Respecto a la opinión de expertos nacionales e internacionales, se pretendió abordar a un grupo representativo, sin embargo al ser la participación de los expertos nacionales y extranjeros de carácter voluntario, el número de participantes fue menor al esperado.

Otra limitación considerada es el sesgo de información, que se puede dar en tres ángulos: en el sujeto, en el objeto y en el instrumento. Éste último se ha tratado de controlar en el proceso de administración de los cuestionarios y ejecución de entrevistas. El sesgo de los instrumentos se controló realizando una revisión y validación de cada cuestionario por parte de personal técnico experto en materia de drogas.

## CAPITULO II. MARCO TEÓRICO

### 2.1. ANTECEDENTES

- **La Estrategia Antidrogas en el Hemisferio**

La Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, CICAD, fue establecida por la Asamblea General de la Organización de Estados Americanos reunida en Río de Janeiro en noviembre de 1986, con atribuciones para desarrollar, coordinar, evaluar la gestión de los Estados miembros y elevar su efectividad para abordar la prevención del consumo de drogas. En este contexto, la CICAD ha desarrollado varias instancias orgánicas que tratan de manera especializada cada una de las diversas manifestaciones de la problemática de las drogas. La CICAD formuló en 1996 la Estrategia Antidrogas en el Hemisferio, y en 1998, el Plan de Acción; y acordó su revisión a los diez años de implementación.

El proceso de revisión y actualización de estos instrumentos dio como resultado el reconocimiento de la evolución de la problemática mundial de las drogas, y en consenso los países miembros formularon la Estrategia Hemisférica sobre Drogas en el año 2010 y el Plan de Acción en el año 2011 para el próximo decenio, que en lo medular desarrolla la política continental en las áreas de fortalecimiento institucional, reducción de la demanda y oferta, desarrollo alternativo, medidas de control y cooperación internacional.

El Mecanismo de Evaluación Multilateral (MEM), es un instrumento que permite evaluar las acciones de los países para enfrentar el problema mundial de las drogas que llevan a cabo los 34 Estados miembros de la Organización de Estados Americanos. Cabe destacar un aspecto esencial del proceso de evaluación del MEM que no prevé sanciones para los países que no puedan implementar las recomendaciones formuladas, solamente le permite a los Estados identificar las necesidades y acciones de cooperación necesaria (CICAD, 2005-2006).

La situación internacional del fenómeno de la droga determina que existan países en donde lo fundamental es la producción y otros donde lo más importante es el consumo. También hay países que pasaron de productores a consumidores y hoy están catalogados en ambos rubros. En este sentido, existe una polaridad hemisférica norte-sur, en la que el sur produce droga y el norte la consume. En

este contexto existe una dura crítica a la posición de hegemonía política, económica y militar de los países consumidores, que deciden las estrategias de control intergubernamental, las que hasta ahora se han traducido casi exclusivamente en intervenciones coercitivas (Ortiz & Silva, 2005). El enfoque que se pretende imponer en la actualidad es el de la “co-responsabilidad” de los países en la reducción tanto de la oferta como de la demanda.

En occidente temas como el narcotráfico, el terrorismo, la degradación ambiental, las migraciones no controladas, la proliferación de armas de destrucción masiva, el crimen organizado transnacional, el terrorismo informático y el incremento de la brecha económica entre los países, constituyen fuentes de riesgo social, pues atentan de forma indirecta contra la integridad territorial y la soberanía de los estados (Elissa, S. 2005). La Oficina de la ONU contra la Droga y el Delito (UNODC), afirma en su Informe Mundial sobre Drogas (2011) que el narcotráfico es un importante pilar de una red de crimen organizado transnacional que representa una amenaza para la estabilidad regional y global. Esta actividad llega a rebasar con creces el valor de la economía formal de naciones enteras. También recalca, con preocupación, que las actividades de narcotráfico se están acompañando de una violencia cada vez más salvaje y brutal (UNODC, 2012).

Las acciones implementadas en las áreas de reducción de la oferta y demanda de drogas no pueden ser consideradas sin tomar en cuenta el marco estructural-funcional de la sociedad con todos sus complejos factores contextuales, sociopolíticos, económicos, culturales, familiares e individuales (IDPC, 2010). En cuanto a la reducción de la oferta, la oferta ilegalizada de SPAs continua siendo un problema grave en el Hemisferio que exige la adopción y el perfeccionamiento de medidas integrales y equilibradas destinadas a reducir su disponibilidad (CICAD, 2010). La reducción de la oferta contempla los rubros de producción de drogas, desarrollo alternativo, integral y sostenible, productos farmacéuticos y el control de las sustancias químicas controladas. La reducción de la demanda es un componente prioritario para garantizar un enfoque integral y equilibrado del problema mundial de las drogas, habida cuenta de que el consumo problemático de estas constituye un problema social y de salud que requiere un abordaje transnacional, multilateral, multisectorial y multidisciplinario (CICAD, 2010). La reducción de la demanda incluye los rubros de: prevención, tratamiento y estadísticas de consumo.

Durante décadas se ha priorizado la inversión en el área de reducción de la oferta y no en la reducción de la demanda. En temática de drogas el contexto mundial actual requiere profesionales especializados, capaces de analizar problemas y presentar soluciones y estrategias con perspectivas nacionales e internacionales, basadas en datos científicos. En el contexto de la OEA, desde 1996 la CICAD contribuye significativamente para la formación de profesionales especializados para actuar y dirigir acciones que resulten en la reducción de la demanda de drogas. La CICAD llevó a cabo una estrategia experimental aplicada en Escuelas de Enfermería seleccionadas de América Latina, en asocio con instituciones de la Región de las Américas, destacadas por su perfil académico, para actuar como implementadoras del proyecto, asumiendo las funciones de coordinación y las acciones académicas, administrativas y logísticas. El proyecto fue liderado por la Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo, Centro Colaborador de la Organización Mundial de la Salud para el desarrollo de la Investigación en Enfermería (EERP-USP/CCOMS), Universidad que ejecutó el proyecto pionero del Programa de Especialización on-line de Capacitación en Investigación sobre el Fenómeno de las Drogas – PREINVEST, desde el año 2002 (Costa & Palucci, 2008). La primera versión ofrecida en el período 2005-2006, contempló 33 alumnos, siendo 30 enfermeros, 2 psicólogos y 1 médico de los siguientes países: Argentina (2), Bolivia (3), Brasil (5), Chile (3), Colombia (2), Ecuador (3), Honduras (3), México (7), Perú (3), Venezuela (2). La segunda versión, ofrecida en el período 2006-2007, recibió otros 33 participantes, siendo 28 enfermeros, 2 sociólogos y 3 psicólogos representando los siguientes países: Argentina (1), Bolivia (3), Brasil (3), Chile (2), Colombia (2), Costa Rica (3) Ecuador (3), Honduras (2), México (4), Perú (4), Venezuela (1), y también Angola (1), Cabo Verde (2) y Mozambique (2).

El “Primer Programa Internacional de Capacitación en Investigación para Enfermeros en el Estudio del Fenómeno de las Drogas en América Latina” se implementó con el apoyo técnico y financiero de la CICAD, del Gobierno de Canadá y de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Alberta, durante el verano del año 2003. El programa tuvo una duración de un año y se dividió en tres partes. La primera parte del programa se implementó en modalidad presencial en la Facultad de Enfermería de la Universidad de Alberta, Canadá. La segunda parte contempló la asesoría a distancia por medio de plataformas virtuales, cuando los

participantes regresaron a sus países para la realización de los estudios multicéntricos. La tercera parte se refirió al proceso de comunicación y diseminación de los resultados de las investigaciones en conferencias, reuniones y oficinas nacionales e internacionales y en publicaciones revisadas por pares (Wright y Col. 2005).

En este mismo esfuerzo los profesionales que tratan a personas con adicciones han de trabajar con las características individuales de cada caso. Sin embargo, detrás de las adicciones hay aspectos colectivos que modulan el consumo a nivel poblacional y también la frecuencia de exposición de las personas a la droga, que condiciona el desarrollo de la dependencia. Entre los factores que influyen en el consumo, hay aspectos modificables mediante regulaciones u otras políticas públicas. Entre ellos destacan los que abordan la disponibilidad de la sustancia; la aceptabilidad social del consumo; su promoción; su precio; y la disponibilidad de tratamiento.

El equipo de escenarios convocado por la Organización de los Estados Americanos bajo el mandato recibido de los Jefes de Gobierno de los Estados Miembros en la Cumbre de las Américas, Cartagena de Indias, 2012; reunió a un equipo de destacadas personas provenientes de diversos ámbitos como seguridad, sector privado, salud, educación, culturas indígenas, organizaciones internacionales, instituciones de justicia, sociedad civil y política, incluyendo funcionarios y ex-funcionarios de gobiernos del hemisferio. A partir de la diversidad de experiencias y conceptos, se formularon cuatro escenarios de lo que podría ocurrir en los próximos años en la problemática de las drogas en el hemisferio, con base en las tendencias actuales y en las variables más importantes en materia política, económica, social, cultural e internacional (OEA, 2013). El propósito de los cuatro escenarios, fue el de establecer un marco y un lenguaje común que respalde el diálogo, el debate y la adopción de decisiones de los Jefes de Gobierno y de otros actores relevantes en cada país, así como a nivel bilateral y multilateral. Estos escenarios tienen un rol importante en los procesos de planeación estratégica de cada país. El documento se tituló *“Escenarios para el Problema de las Drogas en las Américas 2013-2025”*. En análisis parte de una certeza y es que en el año 2025 todavía habrá una demanda relevante de SPAs, incluyendo tanto alcohol y medicamentos como drogas producidas ilegalmente; por ende, un porcentaje pequeño de los usuarios de drogas se convertirá en drogodependientes

y algunos morirán, y otros desarrollarán enfermedades o infecciones graves como el VIH y la hepatitis C. Igualmente, persistirán las actividades ilegales mientras siga existiendo la posibilidad de hacer dinero con ellas. Los escenarios – *Juntos, diversos Caminos, Resiliencia y Ruptura* – son la formulación de cuatro futuros posibles que exploran las respuestas que el hemisferio podría desplegar ante el problema de las drogas:

1. **JUNTOS:** cita la posibilidad de construir las respuestas sobre la base de años de esfuerzos y de progresos en varias áreas, y en procurar un trabajo conjunto entre los países para fortalecer la capacidad institucional, para ser más efectivos contra la corrupción y para cambiar las prioridades enfocándose en la seguridad ciudadana.
2. **CAMINOS:** plantea un escenario, en el que, mientras algunos países concluyen que se deben cambiar las políticas actuales y que deben empezar a experimentar con nuevas formas de regular las drogas que actualmente son ilegales, otros acuerdan que deben enfocarse en el fortalecimiento de los programas de prevención. Es decir, un futuro en el que los países del hemisferio exploren diversos caminos.
3. **RESILIENCIA:** se presenta un tercer enfoque basado en la comunidad, en el que el énfasis pasa de tratar el consumo de drogas y la violencia relacionada como un asunto legal y de seguridad, a responder al problema de las drogas mediante la consolidación de la resiliencia comunitaria.
4. **RUPTURA:** como un contexto menos probable, se expone una posible ruptura en el hemisferio, en el que los países que sufren altos índices de violencia relacionados con los esfuerzos por suprimir la producción, el tráfico y el tránsito de drogas ilícitas, optarán por seguir su propio rumbo y aplicar sus propias medidas, abordando de forma autónoma el reto que presentan las drogas al tratar de encontrar un balance entre la urgencia de reducir la violencia que se perpetra en contra de sus propias instituciones y la necesidad de establecer mecanismo más adecuados de cooperación internacional.

En los últimos dos años el debate hemisférico sobre las políticas de drogas se ha hecho mucho más activo e intenso. Parece haber una actitud más abierta a

entablar un diálogo acerca de las actuales políticas y una mayor disposición a experimentar enfoques no tradicionales hacia el tema. Por otra parte, los intensos niveles de violencia asociados al narcotráfico, especialmente en países afectados por la producción, tránsito y tráfico de drogas ilegales, han sido el factor principal de alarma que ha llevado a las autoridades del más alto nivel a involucrarse de manera más activa en el debate. Otros factores determinantes son los cambios en los patrones de consumo de drogas en el Hemisferio, la mayor prevalencia de este consumo, la violencia que afecta a los grupos más vulnerables de la sociedad y la demanda creciente de servicios de salud para el tratamiento de las adicciones. Actualmente es común percibir como líderes del continente, jefes de Estado, académicos y representantes de la sociedad civil, están preocupados por el impacto de la violencia relacionada con las drogas; el continuo flujo de drogas en la región ha promovido la adopción de políticas orientadas a reducir la importancia de la justicia penal en el control de éstas.

Informes emanados de grupos de alto nivel como la Comisión Global sobre Políticas de Drogas, al enfatizar la necesidad de reducir los daños a la salud, la seguridad y el bienestar de los individuos y la sociedad, favorecen la visión de tratar el consumo de drogas como una cuestión de salud pública, de reducir el consumo con campañas de prevención basadas en la evidencia y de alentar la experimentación con modelos de regulación legal de ciertas drogas, entre otras recomendaciones. Se está enfatizando en la necesidad de promover el control de drogas sobre la base de la evidencia, incorporando el enfoque de género y la participación de la sociedad civil en la definición de políticas. La creciente preocupación sobre el tema de los medios de comunicación en muchos países, incluyendo los medios sociales, da cuenta de un mundo mucho más consciente de la violencia y del sufrimiento relacionado con el problema de las drogas. Existe un mayor conocimiento de los costos humanos y sociales no solo del consumo sino también de la producción y del tránsito de sustancias controladas. La OEA sostiene que hoy más que nunca, el mundo es más consciente de las enormes estructuras económicas ilícitas promovidas por las ganancias del negocio ilegal de drogas. Un negocio y unas ganancias que distorsionan las economías, enriquecen y empoderan al crimen organizado y generan corrupción en el sector público (OEA, 2013).

Uno de los mayores avances en la temática de drogas que amerita destacar, una mejor comprensión de la dependencia de las drogas, que se enfrenta ahora como un problema de salud pública; más de la mitad de los países tienen estrategias nacionales vigentes para el control de drogas; los programas de prevención a nivel de escuela primaria y secundaria se han incrementado; los países han expandido su habilidad de llevar a cabo encuestas nacionales periódicas sobre prevalencia de las drogas. La otra cara de la moneda es que la financiación para programas de control de drogas sigue siendo débil, especialmente en lo concerniente a la prevención y el tratamiento. Los países viven el problema de las drogas de manera distinta, según sus realidades específicas. Los niveles de desarrollo económico, las estructuras institucionales, las prioridades políticas, son diferentes; como también lo son los patrones de consumo de drogas, el sistema de salud y los efectos de la actividad del crimen organizado asociados al problema.

En el I Congreso Internacional de Investigación Científica, desarrollado en la Universidad Evangélica de El Salvador, San Salvador, El Salvador, en el mes de julio del año 2014 (17-07-2014); el Dr. Francisco Cumsille, Director del Observatorio Interamericano sobre Drogas (OID-OEA), disertó la conferencia “Situación actual del consumo de drogas en las Américas”, retomando el análisis y las reflexiones discutidas en la VI Cumbre de Presidentes y Jefes de Estados de las Américas, en la ciudad de Cartagena de Indias, Colombia (CICAD, 2012). Entre los planteamientos expuestos para el análisis y el debate citó lo siguiente: ¿ha sido evaluada la eficacia de las políticas y los programas de drogas desarrollados?, ¿cuáles han sido más eficaces y cuáles no han funcionado?, ¿cuáles son los recursos de los que debe disponerse para responder eficazmente al problema?, ¿todos los consumidores son adictos?, ¿todos los adictos son delincuentes?, ¿están nuestras políticas públicas basadas en evidencia científica?, ¿disponemos de programas evaluados que demuestran eficacia?, ¿se trata de ratificar o de rectificar políticas sobre drogas?... (Cumsille, F. 2014). En su discurso enfatizó en la importancia de diferenciar los distintos tipos de comportamientos de los individuos desde la primera exposición a la oportunidad de consumo, primera experimentación con drogas y el posible rumbo del uso-abuso-dependencia, ya que cada uno de estos grupos necesita una respuesta diferente: Prevención – Tratamiento – Rehabilitación.

Lo que es evidente es que hay una realidad muy variable en el continente americano, diferentes condiciones demográficas, socioeconómicas, culturales y políticas. Diferencias entre los países por droga y por el grado de magnitud del problema, e incluso diferencia al interior de los mismos países. Las Políticas nacionales deben considerar ésta heterogeneidad interna de los países. En los estudios de investigación sobre drogas, en cuanto a prevalencias y efectividad de los tratamientos o de los programas de prevención, no hay muchos datos sobre Centroamérica, lo que hace evidente la necesidad de mayor investigación en la temática.

El Informe de la ONU del año 2012, expone que nuestro hemisferio está dando cuenta de aproximadamente el 45% del total del consumo del mundo (7.2 millones). 70% Norteamérica; 25% Suramérica; 4% Centroamérica y El Caribe. La prevalencia uso en la vida es superior al 20% en 9 de 33 países del continente, y en los países con alto consumo se observa poca diferencia entre hombres y mujeres (ONU, 2012. Informe Mundial sobre Las Drogas). En cuanto al alcohol, éste informe cita la factibilidad para comprar alcohol en algunos países (70.79%), y evidencia que la precocidad aumenta el riesgo de uso de drogas ilícitas y aumenta la dependencia.

Actualmente se enfatiza en la línea de “Reducción del daño” en consumo de drogas. La noción fue desarrollada originalmente para abordar principalmente los daños directos relacionados con el consumo problemático de drogas, especialmente para prevenir la sobredosis y el contagio de diversas enfermedades entre los usuarios de drogas inyectables, a través de un programa de intercambio de agujas, de tratamientos de sustitución, de recetas de heroína y de salas de consumo de drogas bajo supervisión. Recientemente la reducción del daño también alude a los cambios en las prioridades de políticas relacionadas con el mercado ilícito y con la aplicación de las leyes vigentes sobre drogas, como la violencia, la corrupción o el deterioro ambiental, sin que ello implique necesariamente la reducción del mercado.

En cuanto al marco regulatorio para el control de drogas, existe un conjunto de convenciones y organismos de las Naciones Unidas (ONU) que rigen el control de las sustancias psicoactivas a nivel mundial. Las convenciones han sido suscritas por todos los países miembros de la OEA e incluyen la Convención Única sobre Estupefacientes de 1961 y su correspondiente enmienda de 1972, la

Convención de Sustancias Psicotrópicas de 1971 y la Convención contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas de 1988. Los organismos incluyen la Comisión de Estupefacientes (CND, por sus siglas en inglés), que es el organismo de la ONU que elabora las Políticas sobre drogas; la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE), que monitorea la implementación de las Convenciones de 1961 y 1971 y del régimen de control internacional de precursores establecido en la Convención de 1988; la Organización Mundial de la Salud (OMS), que tiene el mandato de hacer recomendaciones sobre la clasificación de las sustancias; y la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC, por sus siglas en Inglés), que es la agencia encargada de implementar los programas de Naciones Unidas.

De los múltiples caminos que se pueden recorrer en el futuro en el problema de las drogas en las Américas, se considera que en el 2025 todavía habrá una demanda relevante de sustancias psicoactivas, incluyendo tanto alcohol y medicamentos como drogas producidas ilegalmente.

- **Reducción de la Oferta y Demanda de Drogas: Países productores, de tránsito y de consumo.**

El problema de las drogas afecta todos los pilares del desarrollo, el productivo, el político, el social y el ambiental, más aún, si se consideran los impactos que ejercen sobre la sociedad las distintas aristas del problema: producción, tráfico, venta, consumo. En cuanto a la cocaína, la coca se cultiva en los países de la región andina, principalmente Colombia, Perú y Bolivia. En Colombia el cultivo de la coca por lo general se realiza en áreas muy aisladas de las comunidades vecinas: en Perú y Bolivia, a diferencia de Colombia, la coca se cultiva con frecuencia en zonas agrícolas cercanas a los pueblos. La amapola para opio en México es cultivada en las laderas de la Sierra Madre, en los estados de Durango, Chihuahua y Sinaloa, así como en Guerrero y Michoacán.

En septiembre del año 2015, el presidente de los Estados Unidos, Barack Obama, incluyó a 22 países entre los mayores productores o de tránsito de drogas. La lista incluyó a Afganistán, Bahamas, Belice, Bolivia, Myanmar, Colombia, Costa Rica, República Dominicana, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, India, Jamaica, Laos, México, Nicaragua, Pakistán, Panamá, Perú y Venezuela. Explicó que a través de la *Iniciativa Mérida* “los dos países han cooperado también

para avanzar más en el respeto de los derechos humanos y el estado de derecho, aumentar la seguridad ciudadana y reducir la demanda de drogas”. La iniciativa descansa en cuatro pilares orientados a quebrantar la capacidad operativa de los carteles de las drogas, fortalecer la institucionalidad del aparato judicial, modernizar la frontera y fortalecer las comunidades. En cuanto a Centroamérica y El Caribe, confirmó que constituyen el corredor de tránsito del 100 por ciento de la cocaína que se consume en Estados Unidos (Prensa Libre, 2015).

La marihuana es la droga controlada de mayor producción y consumo en las Américas. México, Estados Unidos, Colombia, Paraguay y Canadá son los principales países productores de cannabis (UNODC, 2012). El cultivo de las drogas de origen vegetal se realiza en muchos casos en zonas selváticas de gran valor ecológico, generando consecuencias inmediatas para el ambiente, como. La deforestación, la degradación de tierras y la contaminación. Colombia, Bolivia y Perú han implementado programas de erradicación manual forzosa para controlar los cultivos ilícitos. En Colombia el método principal es la dispersión aérea. México ha realizado la erradicación manual de la marihuana y amapola para opio, como parte de su estrategia de control de drogas durante décadas. Entre 2008 y la primera mitad de 2012, el número de hectáreas de amapolas erradicadas ascendió a 15.600 por año. Guatemala también erradica cultivos de amapola y marihuana, por lo menos 1.490 hectáreas de amapolas fueron erradicadas en 2011 (Prensa Libre, Guatemala, 2012).

En relación a la producción de cocaína, Colombia, Perú y Bolivia son los países de origen de toda la cocaína consumida en el mundo, ya sea como producto final o en alguna etapa de su elaboración para terminar de ser procesada en otro lugar. La producción total mundial de cocaína se ha estabilizado en aproximadamente 800 toneladas métricas por año (Figura 3).

### Producción potencial de cocaína (toneladas métricas)<sup>3</sup>

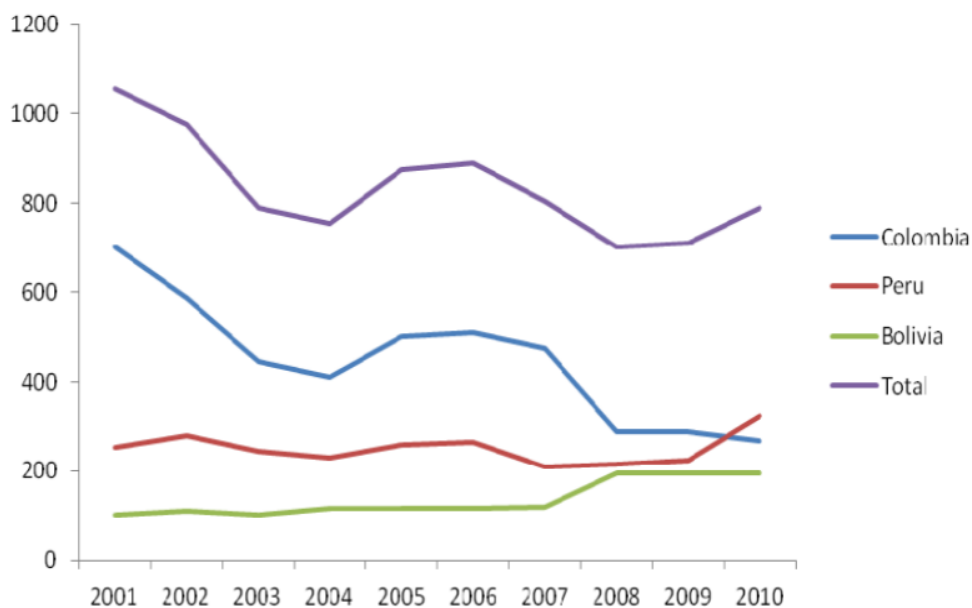


Figura 3. Producción Potencial de Cocaína.  
Fuente: OEA, 2013. El Problema de las Drogas en las Américas.

Según indican análisis del gobierno estadounidense, el 95% de la cocaína confiscada en los Estados Unidos, el mercado individual más grande de la región, es de origen colombiano. Aunque el caribe fue una ruta principal de tránsito de cocaína hasta mediados de los años 90, actualmente el 80% de la cocaína destinada a los Estados Unidos pasa por Centroamérica y México. La cocaína fluye a Europa a lo largo de rutas múltiples.

La distribución de las ganancias a través de la cadena de la oferta ha sido razonablemente estudiada, en particular en lo que respecta a la cocaína. Según la UNODC, los mercados de cocaína de los Estados Unidos y del mundo ascienden en valor a un total cercano a los USD 34.000 millones y USD 84.000, respectivamente (UNODC, 2012).

Las ventas de drogas al por menor es parte del problema de drogas en que el valor económico de las sustancias aumenta considerablemente. Es también el momento que presenta menor participación de organizaciones criminales transnacionales y cuando se manifiesta menor violencia. Existen dos métodos comúnmente utilizados para calcular el valor traficado en estos mercados: el de la oferta y el de la demanda, ambos utilizan al máximo la limitada información

disponible y adoptan supuestos para completar la información. El enfoque de la oferta para estimar el volumen de producción de cocaína y heroína utiliza datos satelitales que indican la producción de coca y amapola. El enfoque de la demanda se basa principalmente en encuestas de hogares. También se pueden utilizar datos obtenidos de las oficinas de admisión hospitalaria, de la población carcelaria y de otras fuentes.

La evidencia indica que el problema de las drogas ilegales, y fundamentalmente el de su producción y tránsito, ha sido acompañado por la corrupción de funcionarios públicos en distintos niveles. En un marco de prohibición, la economía de las drogas ilegales requiere del soborno, la complicidad y la omisión de servidores públicos para proteger las operaciones y garantizar la impunidad de las acciones. La UNODC estima que las ganancias relacionadas con las drogas, disponibles para el blanqueo a través del sistema financiero, se sitúan entre el 0,4 y el 0,6% del PIB mundial. Se estima igualmente que alrededor de la mitad de estas ganancias son barqueadas dentro de la jurisdicción donde se han generado, ingresando al sector bancario, al de bienes inmuebles o a otro tipo de inversiones. Se cuenta con datos específicos de las cifras que implica la venta de cocaína, heroína, marihuana, estimulantes tipo anfetamina, la venta de nuevas sustancias psicoactivas. El Centro Europeo de Monitoreo de Drogas y Adicción a Drogas ha observado un continuo aumento del número de sitios que venden estos productos por Internet: dese 170 en 2010 a 690 en 2012.

Tanto los productores de drogas como los traficantes, violan las leyes de drogas y son criminales. Pero como los recursos de los sistemas de justicia son escasos y los costos de acceso a ellos altos, finalmente termina ocurriendo que la aplicación de la ley se concentra en aquel aspecto que es menos complejo y más “barato”, lo que tiene por efecto que la gran mayoría de los detenidos por delitos de drogas sean pequeños productores o traficantes. En Brasil, se experimentó un gran incremento en la población de presos por tráfico como consecuencia de la nueva legislación de 2006. La nueva ley aumentó la pena mínima para el tráfico de drogas y la previsión legal de prisión preventiva obligatoria. Entre 2007 y 2012 el número de presos por este delito creció en 123%, pasando de 60,000 a 134,000. Este aumento se dio sobre todo a partir del encarcelamiento de delincuentes primarios con pequeñas cantidades, sin relación con el crimen organizado.

Lo cierto es que la mayoría de la población mundial no usa drogas, que entre quienes llegan a consumirlas la primera vez, solo un pequeño grupo las seguirá usando regularmente y que de estos sólo una fracción aún más pequeña desarrollará patrones de uso nocivo y dependencia. Como lo señala el informe anual 2011 de UNODC, en 2010 alrededor de 230 millones de personas en el mundo consumieron alguna droga ilícita en el año previo. Esto representa alrededor del 5% de la población mundial de 15 a 64 años de edad.

La marihuana es la droga ilícita de mayor consumo en todo el mundo. El Informe Anual de las Drogas 2011, de Naciones Unidas, revela las prevalencias del consumo de marihuana en América y El Caribe, en población de 15 a 64 años (Figura 4).

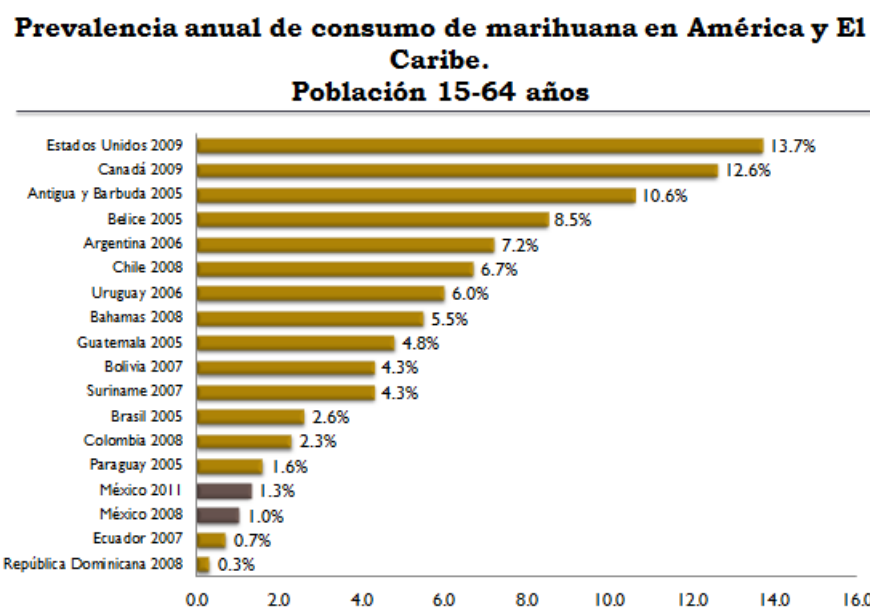


Figura 4. Prevalencia Anual del Consumo de Marihuana en América y El Caribe  
Fuente: United Nations Office on Drugs and Crime. World Drug Report, 2011

Se calcula entre 119 y 124 millones de personas entre 15 y 64 años han consumido marihuana alguna vez en el último año. Esto quiere decir que los consumidores de marihuana pueden llegar a representar entre el 75 y el 80% de los consumidores de drogas controladas a nivel mundial. El 24% del total de consumidores de marihuana del mundo se encuentra en la región de las Américas; de estos el 81% son de Norteamérica. En Centroamérica el valor promedio es alrededor de 2,4% de la población, cifra muy similar al observado como promedio

en Sudamérica. El Informe del Uso de Drogas en las Américas 2011, evaluó 33 países del hemisferio, de los cuales en 9 la prevalencia del uso de esta droga alguna vez en la vida en la población escolar supera el 30%. En 12 países, más del 10% de escolares de 14 años o menos habían consumido marihuana al menos una vez; en 11 países, el consumo entre adolescentes de 17 años, superó el 30%. La diferencia en el consumo entre jóvenes y adultos sugiere que de aquellos jóvenes que experimentan con la sustancia en la adolescencia o antes, sólo una proporción menor continúa consumiéndola en la edad adulta.

A nivel mundial, los estimulantes tipo anfetaminas son el grupo de drogas de mayor uso después de la marihuana, con estimaciones que van entre 14 y 53 millones de personas en el caso del grupo de las anfetaminas, y entre 10 y 28 millones de usuarios para las sustancias tipo éxtasis. En análisis sobre uso de drogas realizado por la CICAD (2011), indica que los inhalables se encuentran entre las sustancias utilizadas por los estudiantes de educación media, junto con alcohol, tabaco, marihuana y farmacéuticos. La situación de abuso de medicamentos con potencial adictivo en Norteamérica es diferente a la de América Latina y El Caribe. En Estados Unidos y Canadá, los derivados de opioides (empleados principalmente como analgésicos), los tranquilizantes y sedantes (especialmente las benzodiacepinas) y los estimulantes (como el metilfenidato o la dextroanfetamina) son los fármacos de mayor uso indebido. Los datos provenientes de la Administración de los Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias de Estados Unidos, indican que en 2011, 2,4% de la población mayor de 12 años de edad había utilizado fármacos psicoterapéuticos de prescripción sin justificación médica en el último año (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2011).

En el mes de junio del año 2015, la UNODC publicó el *Informe Mundial Sobre las Drogas 2015*. A grandes rasgos, el informe destaca que la prevalencia del uso ilícito de drogas se ha mantenido estable al nivel global. La UNODC estima que un total de 246 millones de personas - equivalente aproximado a la población conjunta de Argentina y Brasil, o bien un poco más del cinco por ciento de la población mundial entre 15 y 64 años - consumieron drogas ilícitas en 2013. La producción de resina de cannabis sigue limitándose a unos pocos países de África septentrional, el Oriente Medio y Asia sudoccidental, mientras que la hierba de cannabis se produce en la mayor parte de los países del mundo. América del Sur sigue

concentrando prácticamente todo el cultivo mundial de arbusto de coca, y Asia sudoccidental (Afganistán) y Asia sudoriental (principalmente la República Democrática Popular Lao y Myanmar) siguen concentrando la inmensa mayoría del cultivo ilícito de adormidera. Si bien es difícil evaluar la fabricación de estimulantes de tipo anfetamínico, se ha notificado ese fenómeno en todas las regiones (UNODC, 2015). En cuanto a los cultivos de coca y consumo de cocaína el informe revela que en 2013, no solo siguió disminuyendo el cultivo de arbusto de coca (con lo que alcanzó su nivel más bajo desde 1990, cuando empezó a disponerse de estimaciones), sino que la prevalencia anual del consumo de cocaína (0,4%) también siguió reduciéndose en Europa occidental y central y en América del Norte. En esas subregiones, donde, junto con los países de América del Sur, se encuentran los mayores mercados de cocaína del mundo, la prevalencia del consumo de cocaína es la más elevada. En América del Sur la prevalencia anual del consumo de cocaína es más elevada en la población adulta de los siguientes países: Uruguay (2,1%, año de estimación: 2011), Brasil (1,75%, 2011), Chile (1,21%, 2012) y Argentina (0,73%, 2011). Las medidas para reducir la oferta pueden haber contribuido al descenso del cultivo de arbusto de coca en los países productores, lo que ha dado lugar a una menor disponibilidad de cocaína y a la contracción de algunos de sus principales mercados. Los principales países productores de coca siguen siendo Perú y Colombia, seguido por Bolivia. El informe destaca que la reducción en el cultivo de arbusto de coca a nivel mundial en 2013 se debe principalmente a una reducción de 18% (de 60,400ha en 2012 a 49.800ha) en Perú y de 9% en el Estado Plurinacional de Bolivia (de 25.300 ha a 23.000 ha). El cultivo de arbusto de coca en Colombia se ha mantenido estable en 2013, manteniendo niveles históricamente bajos. El potencial de producción de cocaína pura en Colombia se estimó a 290 toneladas, el nivel más bajo desde 1996.

Además del costo humano de la fabricación y el tráfico de cocaína, la UNODC señala que el cultivo ilícito de arbusto de coca y la transformación de la coca en cocaína siguen causando graves daños al medio ambiente, aun cuando el cultivo del arbusto de coca haya disminuido. El consumo de cannabis está aumentando y sigue siendo elevado en África occidental y central, Europa occidental y central y Oceanía, así como en América del Norte, donde los datos más recientes disponibles indican que ha aumentado la prevalencia de consumo de cannabis en

Estados Unidos. La potencia del cannabis, que suele medirse por el grado de concentración de THC ( $\Delta$ 9-tetrahidrocannabinol, el principal ingrediente psicoactivo del cannabis), ha ido aumentando en muchos mercados durante el último decenio. Este aumento ha dado lugar a una preocupación cada vez mayor respecto de la capacidad del cannabis para ocasionar problemas de salud graves. Los datos correspondientes a 2013 ponen de manifiesto un aumento en la cantidad de hierba de cannabis y resina de cannabis incautada en todo el mundo (UNODC, 2015). Se confirma que el mercado mundial de drogas sintéticas sigue estando dominado por la metanfetamina. En diciembre de 2014, 95 países y territorios habían informado al sistema de alerta temprana de la UNODC sobre un total de 541 nuevas sustancias psicoactivas (NSP). En 2014, la mayoría de las NSP notificadas siguieron siendo los cannabinoides sintéticos (39%), seguidos de fenetilaminas (18%) y catinonas sintéticas (15%). El creciente número de nuevas sustancias psicoactivas disponibles en todo el mundo indica que el mercado de las drogas sintéticas está cada vez más diversificado.

En el Informe Mundial de las Drogas de Naciones Unidas (2011), se señala a El Salvador como el país que tenía las prevalencias de consumo reciente más altas de Estimulantes a nivel mundial (3.3%), frente a países como Estados Unidos (1.9%), Argentina (0.10%), México (0.12%) y Costa Rica (1.3%); sin embargo, es de destacar el hallazgo del estudio nacional en El Salvador, en cuanto a la reducción en el uso de medicamentos estimulantes sin prescripción médica, pasando de un consumo en prevalencia de último año de 3.7% en el 2005, al 0.36% en el 2014 (Prensa Gráfica, 2014; CNA, 2014).

El tránsito es la actividad del problema de las drogas que genera el mayor volumen de delito y violencia. Todo indica que si bien los niveles de violencia en los principales países consumidores son relativamente bajos, incluyendo en este grupo países de Europa, es justamente esa demanda la que estimula la violencia en el resto de la cadena. Lo que sucede en México, Centroamérica, los países de la región Andina y El Caribe no puede entenderse sin tener en cuenta esta relación. El Gobierno de México en un comunicado de prensa 074/ 2012 del 27 de marzo de 2012, los Secretarios de Defensa Nacional y de Marina dieron a conocer que estimaban en alrededor de 150 mil, los casos de homicidios presuntamente ocurridos por la violencia entre organizaciones criminales en el continente

americano (Gobierno de México, 2012). Este número coincide con el total de homicidios dolosos registrado por el Observatorio de Seguridad Ciudadana de la OEA, que cifra en 144.733 el número de estos casos (UNODC, 2011. Estudio Mundial sobre El Homicidio).

En cumplimiento con los convenios internacionales, cada una de las actividades destinadas a cultivar, producir, distribuir y vender drogas prohibidas, es ilegal, y su práctica es un delito. El tráfico de drogas está relacionado con el tráfico de armas y violencia. La violencia letal producida por las armas de fuego en América Latina y El Caribe supera ampliamente al promedio mundial de 42% del total de homicidios. Según el Informe sobre Seguridad Ciudadana 2012, de la OEA, en El Caribe el 68% de los homicidios son cometidos con armas de fuego, en América Central el 78%, en Norte América el 75% y en América del Sur el 83%. La situación afecta no sólo a México, sino también a Colombia, Venezuela, los países del Triángulo Norte (El Salvador, Guatemala y Honduras) y de la Triple Frontera (Argentina, Brasil y Paraguay).

La debilidad de los países para el control del problema de las droga, radica en que existe una cobertura geográfica institucional deficiente, falta de coordinación y articulación institucional, recursos financieros y humanos limitados y falta de información apropiada para guiar la definición e implementación de la políticas de seguridad, aunado a esto, un bajo nivel de confianza en las instituciones estatales provocado por su debilidad, por la corrupción y por la impunidad. Así, la violencia se convierte en el único instrumento para resolver las disputas con sus competidores, y para imponer su poder ante la comunidad y muchas veces ante el propio Estado. En algunas ocasiones los esfuerzos para controlar las drogas han sido asociados a violaciones de los derechos humanos y de las libertades individuales. En el caso de los consumidores problemas como el hacinamiento carcelario y el tratamiento obligatorio pueden ejercer presiones indebidas sobre los derechos humanos. En la medida que el consumo de drogas está penalizado o estigmatizado, las poblaciones más vulnerables al consumo problemático se ven inhibidas de recurrir a la información oportuna, a los servicios de salud pública y, en general, a los programas de prevención y tratamiento. Por otra parte, los procesos de marginación social pueden constituir un elemento determinante para el consumo problemático de drogas.

El Informe Regional de Desarrollo Humano 2013-2014, sobre Seguridad Ciudadana en América Latina, revela que la inseguridad es un problema compartido por los 18 países de la región analizados por este informe, pero que existen variaciones importantes entre ellos y al interior de los mismos. América Latina es la única región del mundo donde la violencia letal aumentó entre 2000 y 2010. Mientras que la tasa de homicidio en la mayoría de las regiones del mundo fue negativa (de 0% a -50%), en América Latina presentó un aumento del 12%: en una década, han muerto más de un millón de personas en Latinoamérica y el Caribe por causa de la violencia criminal.

La violencia letal afecta particular y desproporcionadamente a los jóvenes varones de América Latina. La tasa de homicidios de jóvenes es superior al doble de la tasa para toda la población – alrededor de 70 por cada 100,000 jóvenes – (CODAJIC, 2014). Por otro lado, si bien la gran mayoría de los victimarios y víctimas de homicidios son varones, aproximadamente 1 de cada 10 víctimas de homicidio es mujer. Los feminicidios – el asesinato de mujeres por parte de hombres por el hecho de ser mujeres – se ha agudizado en varios países de la región (PNUD, 2014).

De acuerdo con el estudio realizado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), Las políticas de mano dura adoptadas en la región han fracasado en su objetivo de disminuir los niveles de violencia y delito. También han tenido un impacto negativo y profundo en la convivencia democrática y en el respeto a los derechos humanos, que están en la base del desarrollo humano (PNUD, 2014). Por su parte, en Guatemala, Honduras y El Salvador, las políticas de mano dura y “súper mano dura” implementadas entre los años 2000 y 2005 en contra de las pandillas criminales, conocidas como maras, intensificaron los niveles de violencia en los tres países, dieron lugar a formas de criminalidad más organizadas y violentas por parte de estas pandillas y fomentaron el encarcelamiento masivo de jóvenes, congestionando aún más los sistemas carcelarios.

En América Latina, según da cuenta este informe, se han desarrollado experiencias valiosas para prevenir y mitigar el impacto de la violencia y del delito, mediante el fortalecimiento de las capacidades del Estado y el fomento de la participación activa y responsable de los ciudadanos. En particular, hay ejemplos de intervenciones que han logrado responder de manera efectiva a contextos de

alta violencia y alta concentración del delito. Algunos ejemplos incluyen políticas y programas como Fica Vivo (Brasil), Plan Cuadrante (Colombia), Barrio Seguro (República Dominicana), Todos Somos Juárez (México), así como la iniciativa de la tregua entre pandillas en El Salvador. La experiencia demuestra que las intervenciones eficaces han estado precedidas por una serie de reformas y cambios importantes en las capacidades del Estado, que han resultado en programas o en políticas exitosas. La tregua entre las dos pandillas más grandes de El Salvador – la mara salvatrucha 13 (MS13) y la pandilla del Barrio 18 –, dada a conocer a principios de marzo de 2012 y puesta en marcha con el apoyo de personalidades de la iglesia y de la sociedad, así como con el apoyo logístico del Ministerio de Justicia y Seguridad, ha impulsado una amplia gama de alternativas de reinserción e integración social, y ha permitido abordar otros factores subyacentes relacionados con la violencia. La tregua, si bien ha sido objeto de controversia, ha permitido, además, abrir el debate sobre la posibilidad de adoptar medidas alternativas a la mano dura para enfrentar los problemas de seguridad asociados a las pandillas.

- **Adolescentes: Población en riesgo**

Los jóvenes constituyen el grupo de población más expuesto a los riesgos asociados al consumo problemático de SPAs y esto es debido a la conjugación de muchas variables. Diversos factores personales, familiares, económicos, sociales, culturales, creencias religiosas y estilos de vida, se comportan como factores protectores o factores de riesgo en el desarrollo de adicciones en este grupo (CICAD-MEM 2005-2006). El paso del uso al abuso de drogas presenta una dirección no lineal, involucrando un proceso muy variable (Tarter & Mezzich, 1996). El uso de drogas no trae como resultado automático el abuso, muchas personas se mantienen como consumidores casuales mientras otros progresan a la fase de abuso pudiendo inclusive ser dependientes (Tarter & Mezzich, 1996).

Se ha demostrado que los adolescentes presentan altos niveles de abuso de drogas (Kendler, y Col. 2008). En este periodo del desarrollo es cuando el joven usualmente tiende a experimentar con una gran variedad de drogas. Se calcula que el uso nocivo del alcohol causa cada año 2,5 millones de muertes, y una proporción considerable de ellas corresponde a personas jóvenes (OMS, 2010).

Los sujetos, actores y sectores involucrados en el fenómeno de las drogas son diversos, y se encuentran interrelacionados entre sí: el individuo, la familia, la comunidad, las Instituciones sociales gubernamentales y no gubernamentales, la cultura y el contexto tanto nacional como internacional. De acuerdo al Informe Mundial sobre Salud Mental (OMS, 2011) entre algunos de los obstáculos a la aplicación de intervenciones eficaces contra las enfermedades mentales como el abuso de alcohol y otras drogas se encuentran la magnitud desproporcionada del problema frente al limitado presupuesto en salud mental, el estigma y discriminación de las personas afectas, la inexistente o inadecuada legislación en salud mental y la mala coordinación de los servicios incluidos los de sectores no sanitarios.

La juventud se convierte en un grupo de riesgo, pues es en este momento donde los conflictos propios de la etapa evolutiva se hacen más evidentes y donde la realidad les señala un horizonte de bajas perspectivas de realización (Informe sobre la Juventud en América Latina, 1989; citado por el Instituto Interamericano del Niño, 2002). A esto se suma que el comienzo en la experimentación se da en edades cada vez más tempranas, por lo que amplios sectores de niños en edad escolar forman parte de los grupos de alto riesgo. En consecuencia, el problema del uso indebido de drogas, en sus distintas facetas, atenta de manera flagrante contra los Derechos del Niño.

De acuerdo con Peruga, Rincon & Selin (2002), el consumo de tabaco es la principal causa de muerte evitable en las Américas y en el mundo. Más de un millón de personas mueren por consumir tabaco cada año en las Américas, de los cuales 46% son mujeres. La adicción al tabaco empieza generalmente en la adolescencia. En la mayoría de los países de las Américas, más del 70% de los fumadores comenzaron a fumar antes de los 18 años. De hecho una proporción importante de jóvenes fuma antes de cumplir los 18 años.

Existen muchos interrogantes aún sin respuesta, en relación a los motivos que impulsan a un adolescente al abuso problemático de SPAs. Una de ellas es ¿Qué sentido tiene el consumo de drogas en los adolescentes? Para Melucci (2001), citado por Vega Fuente (2003):

“El consumo de drogas es un modo de perpetuar la necesidad omnipotente del bienestar: elimina la carga de tener que enfrentarse uno mismo con el límite, a la vez que construye la falsa experiencia de ser puesto a prueba. Considero a la

heroína en especial como un desafío mortal, como un juego deliberado con la muerte. Sin embargo, aunque la heroína deriva en un riesgo concreto, su consumo supone un desafío fraudulento que no altera la profunda debilidad de la personalidad y que deja intacta la condición de indeterminación: es decir, permanecer más allá del umbral de la prueba sin afrontar los límites y riesgos de la vida adulta”.

Otro planteamiento es en relación a ¿Qué sucede realmente en la escuela?, pues no se puede negar que actividades con intenciones preventivas no faltan. Falta, sin embargo, una valoración de tanta acción preventiva de lo que se hace o se ha hecho. Porque la evaluación constituye la única forma de poder contrastar las percepciones positivas o negativas de las actividades preventivas. El autor sostiene que urge un nuevo discurso, una “nueva educación sobre drogas”, que resulte más acorde con el fenómeno social de las drogas, permita un diálogo más abierto y comprometido entre educadores y educando, siempre con la mirada puesta, no en la manipulación y la represión, sino en el desarrollo de personas y sociedades saludables (Vega Fuente, A. 2003).

En cuanto a la prevención, para considerar el estado actual de la evolución de los programas de prevención del consumo de drogas en El Salvador, se ha realizado una indagación sobre el grado de avance que en investigación se ha desarrollado en esta materia en el país, y es claro para los responsables de la salud pública que el diseño, seguimiento y evaluación de los programas de prevención es una falencia importante en las políticas sobre drogas, no solo en El Salvador, sino en la mayor parte de países de Latinoamérica, Centroamérica y El Caribe.

A continuación se citan las investigaciones hechas en El Salvador en materia de prevención del consumo de drogas, conforme a la documentación y clasificación disponible en el Observatorio Salvadoreño sobre Drogas, a junio 2015 (<http://www.seguridad.gob.sv/observatorio/>):

a) Estudios realizados con la Metodología del Sistema Interamericano de Datos Uniformes sobre el Consumo de Drogas (SIDUC).

- Estudio Nacional sobre Consumo de Drogas en Población General de El Salvador, 2014.
- FICHA TÉCNICA: Estudio Nacional sobre Consumo de Drogas en Población General de El Salvador, 2014.
- Estudio Nacional sobre Consumo de Drogas y de otras Problemáticas en Población Estudiantil Universitaria de El Salvador, 2012.
- Indicadores sobre Consumo de Drogas en la Región Centroamericana y El Salvador. Área de Investigación y Estudios de la Comisión Nacional Antidrogas. Septiembre 2011.
- Primer Estudio sobre Consumo de Drogas y de otras problemáticas en población estudiantil de cinco universidades privadas de El Salvador. Junio 2011.
- Segundo Estudio Nacional sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población Escolar de El Salvador, SIDUC 2008.
- Patrones de consumo de drogas de salvadoreños y salvadoreñas entre los 12 y 71 años de edad de la República de El Salvador, 2005.
- Primer Estudio Nacional sobre Consumo de Drogas en Población General de El Salvador, 2005.
- Encuesta de Prevalencia de Consumo de drogas de Internos de Centros Penales, 2005.
- Estudio sobre los patrones de consumo de drogas en adolescentes estudiantes de secundaria de ambos sexos pertenecientes a centros educativos públicos y privados de El Salvador, 2003.

- Informe comparativo 7 países, encuestas escolares a nivel nacional: El Salvador, Guatemala, Nicaragua, Panamá, Paraguay, República Dominicana y Uruguay, 2003.
- Resultados comparados Encuestas Sistema Interamericano de Datos Uniformes sobre el Consumo de Drogas en escolares, 2001-2003.
- Primer Estudio Nacional de Prevalencia de Consumo de Drogas, 2003. Muestra 5,644 jóvenes de centros escolares de centros urbanos mayores de 30 mil habitantes, septiembre 2003.
- Informe Encuesta SIDUC Escolares 2001. Encuesta AMSS de Prevalencia de Consumo de Drogas. Jóvenes de centros escolares urbanos mayores del área metropolitana de San Salvador, octubre 2001.

b) En el apartado “Publicaciones”, disponible en el sitio web del Observatorio Nacional sobre Drogas se citan las siguientes Investigaciones nacionales:

- Prevención de las Drogas en la Familia, San Salvador, noviembre 2001.
  - o Presenta el fenómeno de las drogas en El Salvador así como una guía completa para toda la familia en cuanto a prevención de drogas.
- El barrio, la frontera del joven pandillero. Contexto familiar y su influencia en el desarrollo de la personalidad del joven pandillero.
  - o Afronta la reacción de las maras (o pandillas) en la última década y el trato que sus miembros recibieron en su familia, generó respuestas que se convirtieron en un problema social que fue tomando mucha relevancia en los medios de comunicación, por la inseguridad y violencia que crean estos jóvenes.
- El alcoholismo, San Salvador, julio 2002.
  - o Este estudio señala los efectos psicológicos, fisiológicos y riesgos que conlleva el consumo de alcohol, tomando en cuenta que esta es la

droga más consumida en El Salvador, de la que más se abusa y la que más problemas sociales y sanitarios causa.

- La drogadicción, San Salvador, julio 2002.
  - o Aborda el fenómeno de la drogadicción en cuanto al concepto, clasificación de las drogas, las relaciones de uso y abuso, efectos y riesgos del consumo de cada una de las drogas más consumidas.
  
- Tesis de Grado "Programa de prevención psicosocial en consumo de drogas aplicado con adolescentes, maestros(as) y madres-padres de familia del tercer ciclo, turno vespertino, Complejo Educativo Dr. Humberto Romero Alverque, Barrio San Jacinto, San Salvador", julio a octubre de 2003.
  - o En el desarrollo de este estudio se buscó elaborar y aplicar un programa de prevención psicosocial que permita incidir en las habilidades de los adolescentes (autoestima, auto superación, proyecto de vida, control emocional, asertividad, adecuada distribución del tiempo e información sobre las drogas y sus efectos) para que puedan enfrentar de forma adecuada la presión externa e interna que se genera en ellos en relación al tema de las drogas.
  
- Tesis de Grado "El perfil psicosocial de las familias de jóvenes drogodependientes en proceso de rehabilitación en Hogares CREA, San Salvador", marzo de 2004.
  - o Los objetivos del estudio estuvieron centrados en identificar la estructura familiar de los jóvenes drogodependientes en proceso de rehabilitación a partir de un enfoque sistémico, la existencia de patrones de repetición sobre alcoholismo y drogadicción en las familias de los jóvenes, el patrón de estilo de crianza o ejercicio de autoridad que los padres han aplicado a los hijos drogodependientes en proceso de rehabilitación y la identificación de problemáticas psicosociales comunes que se han presentado en las familias en estudio.

- Tesis de Grado "Diagnóstico de factores de riesgo y protección vinculados al uso indebido y abuso de drogas lícitas e ilícitas, en adolescentes entre 15 y 18 años de edad, estudiantes de educación media del Centro Escolar Japón y Colegio Jardín, Mejicanos, San Salvador", junio de 2004.
  - o La investigación corroboró un estudio realizado en 1989 entre jóvenes entre 10 y 18 años pues en él se concluyó que existe consumo de sustancias psicoactivas sin importar el sexo ni la edad de las personas. Asimismo, este trabajo comprobó estadísticamente que la edad y el sexo no influyen en el consumo de sustancias psicoactivas.
  
- Estudio para identificar Comportamientos de Riesgo y Necesidades de Prevención de VIH/SIDA en Centros de Tratamiento de Drogadicción en las Ciudades de Guatemala y San Salvador, año 2007.
  - o Describe un estudio exploratorio en usuarios de drogas y personal de siete centros de tratamiento por drogas en Guatemala y El Salvador para evaluar los riesgos del VIH e identificar oportunidades para prevención de VIH entre consumidores de droga. El estudio se realizó a solicitud del proyecto de la Oficina contra las Drogas y el Crimen de las Naciones Unidas (ONUDD) CAM H90, como parte de su esfuerzo para establecer y fortalecer una red de centros de tratamiento por drogas en Centroamérica.

Conforme a la información disponible, se citan algunos estudios realizados en universidades o en coordinación con la CICAD:

- Informe consolidado sobre los costos del problema de las Drogas en El Salvador: 1998-2004 (Pérez-Gómez, Valencia & Rodríguez, 2004).
  
- Factores de Riesgo y Protección del consumo de drogas entre estudiantes universitarios salvadoreños, 2007 (Rivera, 2007).

- Influencia familiar y comunitaria en la inducción al inicio de consumo de drogas lícitas e ilícitas en población estudiantil de la Universidad de El Salvador, febrero a abril 2010 (Ortega y col. 2010).
- Drogas Psicoactivas y su incidencia (Bautista & Sánchez, 2011).  
Universidad Gerardo Barrios y Universidad Evangélica de El Salvador.
- Percepción del Personal de las Unidades de Salud de la Región Metropolitana de El Salvador sobre la Calidad de la Atención que se brinda a los y las Adolescentes que abusan de Drogas (Juárez, García & Marquina, 2012).
- Diagnóstico de los servicios de tratamiento y rehabilitación por consumo de drogas en establecimientos e instituciones de El Salvador (Juárez y col. 2012).
- Limitaciones y Desafíos para la Evaluación de Programas de Prevención del Consumo de Sustancias Psicoactivas en El Salvador (Juárez, 2013).
- Condiciones Contextuales y Evolutivas de la Relación entre Medios de Comunicación y Percepción Social de las Adicciones (Juárez, 2013).
- Desafíos en la Atención de Salud Mental: Situación de las Personas con Conductas Adictivas a Sustancias Psicoactivas (Juárez, 2013).
- Uso de drogas en estudiantes de una Universidad de El Salvador y su relación con el maltrato durante la niñez (Amaya y col. 2015).
- El uso de drogas entre los estudiantes y su relación con el maltrato durante la niñez, en siete universidades en América Latina y el Caribe (Longman-Mills y col. 2013).
- Policonsumo simultáneo de drogas en estudiantes de Facultades de Ciencias de la Salud - Ciencias Médicas, en siete Universidades de cinco

países de América Latina y un país del Caribe: implicaciones de género, legales y sociales (Herrera y col. 2012).

- Entretenimiento, espiritualidad, familia y la influencia de pares universitarios en el consumo de drogas (Parada y col. 2015).

- **Drogas legalizadas versus las drogas ilegalizadas**

Usualmente el consumo de drogas es entendido como una consecuencia de la evolución de las costumbres en una sociedad, en la que algunos hábitos comienzan a hacer aceptados socialmente a pesar de que legalmente aún sigan prohibidos.

En cuanto a las alternativas legales y regulatorias, si bien las convenciones prohíben el consumo y venta de ciertas drogas, la forma en que los países implementan estos requisitos varía considerablemente, en particular las leyes y penalizaciones relacionadas con la posesión para fines personales. En este contexto, en algunos países de nuestra región y en algunos estados de los Estados Unidos se manifiesta en la actualidad una tendencia a la despenalización o a la reducción de las sanciones por posesión de drogas, especialmente en el caso de la marihuana. Países como Argentina, México, Chile y Brasil, han modificado sus leyes de drogas, con el propósito de reducir o eliminar las sanciones a los usuarios de drogas e incrementar las sanciones para los narcotraficantes. En el caso de los Estados Unidos, actualmente, 18 estados y el Distrito de Columbia permiten el uso de la marihuana como un medicamento. Esta es una medida mucho más amplia que la simple despenalización porque incluye que el estado aprueba la venta para fines medicinales. A la vez, cuatro estados, California, Washington, Colorado y Oregón, han considerado iniciativas para legalizar la marihuana. El 6 de noviembre de 2012, votantes de los estados de Colorado y Washington, aprobaron nuevas leyes para regular e imponer impuestos a esta sustancia; tanto los cultivadores como los vendedores deben tener licencias y pagar impuestos, de conformidad con las normas que entraron en vigencia en diciembre de 2013. La venta y posesión continuará prohibida para menores de 21 años de edad. En Perú el consumo de la hoja de coca nunca ha sido criminalizado y existe un sistema de licencias controlado por el Estado sobre su cultivación y distribución. En Paraguay, la Ley de

1988 eximió de pena a los que poseyeran un máximo de 2 gramos de cocaína o heroína y 10 gramos de marihuana para el consumo personal.

Uruguay es uno de los pocos países que nunca ha criminalizado la posesión de drogas para uso personal. Desde 1974 la Ley sobre Tráfico Ilícito de Droga, en el Decreto N° 14.294, Artículo 3, no establece límites de cantidad, dejando a la discreción de los jueces la determinación sobre si la intención era el uso personal. No se impone sanción alguna si el juez determina que la cantidad poseída estaba destinada al uso personal (Jelsman, 2010).

En junio de 2012, el Presidente de Uruguay, José Mujica, anunció la propuesta de su gobierno de enviar un Proyecto de Ley al Parlamento, que legislaría y regularía el suministro de cannabis. Dos meses después, el 8 de agosto, el gobierno presentó oficialmente el Proyecto de Ley que incluyó un solo artículo que señala: “el Estado asumirá el control y la regulación de las actividades de importación, producción, adquisición a cualquier título, almacenamiento, comercialización y distribución de marihuana o sus derivados, en los términos y condiciones que la respecto fije la reglamentación”. El nivel de Ley aprobada fue “Ley Nacional”. La referida Ley establece la creación de un órgano regulador llamado Instituto de Regulación y Control de Cannabis (IRCCA); las regulaciones limitan el cannabis a las sumidades floridas con o sin fruto de la planta hembra del cannabis, a excepción de las semillas y las hojas separadas del tallo. Las regulaciones no incluyen infusiones, aceites, extracciones u otros productos. No está definida ninguna pena por posesión personal no autorizada de marihuana; la edad mínima de consumo es de 18 años; una sola persona puede tener un cultivo en el hogar de hasta 6 plantas y hasta 480gramos de cosecha anual; el IRCCA puede determinar el porcentaje de THC por el uso de los analistas técnicos aprobados; la venta comercial a minoristas se realiza por medio de farmacias autorizadas. En cuanto a la publicidad y promoción, se prohíbe toda forma de publicidad directa o indirecta, promoción, auspicio o patrocinio de los productos del cannabis (Proyecto de Ley, Uruguay 2013). Además, no se puede obviar que en un régimen con despenalización del consumo y de la posesión, ya no hay lugar a sanciones penales como el encarcelamiento, aunque en algunas jurisdicciones pueden dictaminarse sanciones administrativas como multas, servicio comunitario o citaciones de comparecencia ante las respectivas autoridades (OEA, 2013). Tampoco se puede dejar de lado la sobrecarga del sistema judicial penal, que

conlleva a que no haya una intervención en delitos menores, debido a la necesidad de darle prioridad a conductas criminales más graves.

El abuso de varias categorías de drogas de prescripción ha incrementado marcadamente en los Estados Unidos en la última década, según revela el estudio realizado por Compton y Volkow en el año 2005, y los niveles alarmantes de agentes certeros, especialmente analgésicos opioides y estimulantes. Los factores relacionados entre el riesgo de abuso y adicción versus la dosis terapéutica de uso de estos agentes, está relacionada con algunas variables: dosis, intervalo de administración, coadministración con otras drogas. El abuso de analgésicos opioides tienen las más altas tasas de abuso, muerte por sobredosis, necesidades de tratamiento por abuso de drogas y altos costos sociales en comparación con otras drogas controladas (Dasgupta y col. 2011).

En cuanto a las drogas sintéticas, el más reciente Reporte de Drogas del Mundo que la Oficina de Naciones Unidas contra las Drogas y el Crimen (UNODC, por sus siglas en inglés) publicó el pasado 26 de junio del año 2014, alerta a El Salvador, en cuanto califica a Centroamérica como “una región emergente de tránsito para precursores de metanfetamina“. El 14% de los decomisos totales de estas sustancias, necesarias para la fabricación de droga sintética, entre 2002 y 2012, se dio en el istmo, según Naciones Unidas. Investigaciones realizadas en El Salvador y Guatemala revelaron la puesta en marcha de empresas de fachada o de utilización de empresas existentes, que operan en industrias, en las que hay una bien establecida demanda lícita de los productos químicos necesarios. Naciones Unidas advierte que las desviaciones de los productos químicos de empresas de fachada lícitas pueden pasar inadvertidas durante muchos años, a menos que sean monitorizadas de manera regular, o que las autoridades tengan información de competidores o de empleados (La Prensa Gráfica, 2014).

De acuerdo con Medina, Real, Villatoro y Natera (2013), las drogas impactan en múltiples esferas, afectan el desarrollo económico y social, aumentan los costos de atención a la salud al asociarse con lesiones y con más de 60 enfermedades infecciosas (ejemplo: VIH, hepatitis B y C) y crónicas (cirrosis, trastornos cardiovasculares, cáncer, enfermedades mentales, etc.). Las drogas también tienen una manifestación visible en diferentes formas de violencia que puede estar asociada con el crimen organizado, con actividades delictivas vinculadas con la

adquisición de drogas en el mercado ilegal o inducidas por la intoxicación con sustancias psicoactivas.

El mayor debate gira en torno a la legalización o la prohibición, pero carece de claridad en sus objetivos. Se habla de un libre mercado de drogas, pero no se especifica si se trata sólo de la marihuana o de todo tipo de drogas; de despenalización, manteniendo la prohibición y el registro de antecedentes penales, pero incluyendo medidas como ofrecer tratamiento en lugar de cárcel u otras que se apliquen durante el proceso y que busquen reducir la severidad de las penas a imponer; también se habla de descriminalización, manteniendo la prohibición pero estableciendo solamente penas administrativas en lugar de la cárcel; de regulación de mercados, como el de medicamentos psicotrópicos.

Si se opta por liberalizar los controles para disminuir los costos de la política de restricción, habrá un incremento en el consumo. Esta medida deberá ser acompañada, por tanto, de los recursos económicos que permitan al sector salud hacer frente al problema con mejores y más amplias medidas de prevención y tratamiento.

Debe considerarse que la dependencia a sustancias psicoactivas toma tiempo en desarrollarse, asimismo, su tratamiento exitoso es prolongado y como en el caso de cualquier otra enfermedad crónica, se esperan periodos de descompensación, lo que obliga a que el tratamiento esté disponible cuando el paciente lo necesita. Por tratarse de enfermedades crónicas asociadas con periodos de descompensación, se ha propuesto adoptar criterios de evaluación de éxito en el tratamiento basados en la reducción de recaídas, en la disminución de su gravedad y en el impacto en la calidad de vida de la población, no exclusivamente en la abstinencia.

- **Cambio de Paradigma: Salud internacional**

Las consecuencias del consumo de drogas sobre la salud de los seres humanos son una parte principal del problema de drogas. Las diferentes drogas impactan y modifican múltiples sistemas y órganos, especialmente el cerebro, con consecuencias aún más severas entre los jóvenes. La investigación desarrollada en las últimas décadas en el campo de las neurociencias, ha aportado evidencia que permite sustentar una relación íntima entre las estructuras cerebrales y las conductas asociadas con el consumo de drogas. Esta relación se agrega a la

predisposición, a los efectos a corto y largo plazo que puede causar el consumo de sustancias y la importante participación de los factores medioambientales (Volkow, 2004).

Algunos autores hablan de la necesidad de un cambio radical de paradigma en el manejo del consumo problemático de SPAs, sosteniendo que se deben considerar como un fenómeno hipercomplejo multidimensional, como una manifestación estructural de nuestra sociedad y por tanto, no eliminable totalmente. De acuerdo con Machín (2004) la política hegemónica ha sido ineficaz y contraproducente, dejando como consecuencias: la formación y mantenimiento de múltiples formas de crimen organizado, narcoestados, una narcocultura, múltiples violaciones a los derechos humanos, una mayor marginación y exclusión de los usuarios de drogas, un incremento en las formas de marginación social (particularmente acentuadas con la aparición del SIDA), y la difusión de las muchas formas de drogadicción en todos los niveles de la población. Es necesario considerar, que muchas personas consumidoras de SPAs presentan a su vez comorbilidades con trastornos mentales. Por lo expuesto, es necesario realizar un abordaje integral, que no se limite solamente al énfasis en la sustancia (Wright, Gliksman, Khenti & Ferreira, 2009).

A inicios de la década se propuso que el fenómeno de las drogas debería analizarse bajo la perspectiva de Salud Internacional, y este modelo crítico holístico fue planteado por Wright (1999). La mencionada autora define la salud como parte de un proceso dinámico de integración en el que intervienen factores de poder e intereses en los niveles nacionales e internacionales, por tanto concibe al ser humano como sistemas abiertos que interactúan con el ambiente y, por esa misma razón, los factores externos van a favorecer a que las personas se involucren o no con el fenómeno de las drogas.

Valorar el consumo problemático de SPAs desde el enfoque de salud se sustenta en los efectos demostrados que éstas tienen en el cuerpo y en la mente de los usuarios. Estos efectos van desde alteraciones de las funciones fisiológicas, hasta la modificación de la percepción en relación al tiempo y espacio, así como, alteraciones en los estados de consciencia sobre el entorno del consumidor. Como se muestra en la Figura 5, se puede afirmar que el abuso y dependencias de drogas es el resultado del encuentro de tres factores: un producto (alcohol u otras drogas); una persona con su historia y vulnerabilidad individual; y un contexto

social, cultural, político y económico (Wright, Gliksman, Khenti & Ferreira, 2009). El enfoque biológico de las drogas también está en auge, el interés por los procesos cerebrales implicados en la instauración, el mantenimiento y el abandono de las adicciones ha desencadenado que, en los últimos años se diseñen propuestas de protocolos para la evaluación neuropsicológica de las adicciones (Ruiz, et al., 2011), estos cambios pueden alterar a tal punto la funcionalidad de un sujeto en la sociedad, que este abuso se convierte, a la postre, en consumo problemático de drogas.

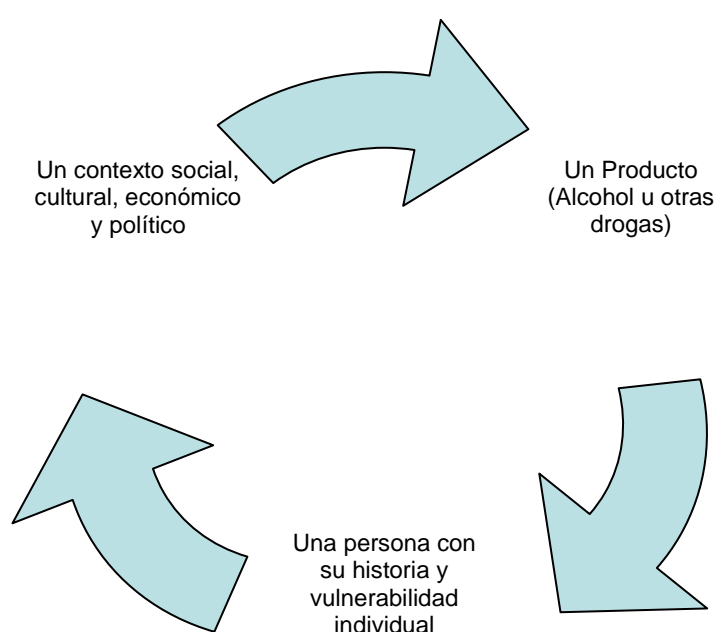


Figura 5. Factores determinantes en el abuso y dependencia de drogas.  
Fuente: Texto tomado de Wright, Gliksman, Khenti & Ferreira, 2009.  
Diseño propio.

En los últimos años se ha enfatizado el enfoque de educación en salud para abordar el fenómeno de las drogas, sin embargo, la crítica más importante que ha tenido éste sector, es el trabajo aislado que realiza. Peruga (2001) sostiene que mientras el sector salud dedica sus esfuerzos preventivos principalmente a educar a los escolares sobre los peligros del alcohol y el tabaco o a enseñarles técnicas de resistencia de la presión de sus pares; estas intervenciones deben combinarse con

medidas más efectivas para disminuir el consumo de alcohol, que incluyen el aumento de los precios y la prohibición de la publicidad. Para disminuir el consumo de tabaco algunas de las intervenciones eficaces son la prohibición total o casi total de la publicidad, el aumento de los precios del tabaco mediante los impuestos y la protección de los no fumadores mediante la creación ambientes libres de humo. Sobre el Convenio Marco para el Control del Tabaco, hasta octubre de 2010, los avances más significativos en la región de América latina y El Caribe se han verificado en la implementación del Artículo 11 (empaquetado y etiquetado de productos de tabaco) y el Artículo 8 (protección contra la exposición al humo de tabaco). Doce países ya han adoptado las advertencias sanitarias con pictograma: Brasil (2001), Venezuela (2004), Uruguay (2005), Chile (2006), México (2008), Panamá (2008), Perú (2008), Colombia (2009), Bolivia (2009), Honduras (2010), Paraguay (2010) y Nicaragua (2010). Nueve países han sancionado leyes o decretos de ambientes 100% libres de humo de tabaco a nivel nacional: Uruguay (2006), Panamá (2008), Guatemala (2009), Colombia (2009), Perú (2010), Trinidad y Tobago (2010), Honduras (2010), Paraguay (2010) y Barbados (2010) y tres países lo han hecho a nivel subnacional: México, Brasil, y Venezuela. Panamá es uno de los países de la región que más ha avanzado en materia de política tributaria. En octubre de 2009 incrementó el impuesto selectivo a los productos de tabaco de 32,5% a 50% mediante la Ley 49. En noviembre de ese mismo año pasó de 50% a 100% mediante la Ley 69 (InterAmerican Heart Foundation, 2010).

El enfoque de la salud internacional también reporta como un serio desafío la Participación Ciudadana. De acuerdo con Peruga (2001), no se puede concebir la solución de los problemas creados por el consumo de drogas legalizadas e ilegalizadas sin la participación activa de la sociedad afectada y sin el apoyo generoso de gobiernos y organizaciones internacionales a organizaciones no gubernamentales profesionalizadas. Es a la sociedad civil, a través de las organizaciones no gubernamentales, a quien le corresponde organizar la defensa de los derechos de los ciudadanos afectados directa o indirectamente por el problema, hacer oír su voz y aportar a la implementación de intervenciones eficaces. La contribución de los gobiernos es esencial en cuanto son generadores y aplicadores de políticas saludables en el campo de las drogas legales e ilegales. A los gobiernos les corresponde movilizar los recursos y la voluntad para diseñar e implementar las medidas eficaces, superar ciertos mitos, en especial los que hacen

referencia a la contribución a la economía de las industrias que producen y comercializan las drogas legales.

Conforme a lo citado en la Estrategia Nacional Antidrogas 2011-2015, El Salvador ha suscrito diversos tratados e instrumentos que instan a los gobiernos a fiscalizar la producción y distribución de estupefacientes y sustancias psicotrópicas, a prevenir el uso indebido y combatir el tráfico ilícito de drogas, así como a establecer los mecanismos necesarios e informar a órganos internacionales especializados sobre el avance del progreso en su lucha contra el narcotráfico. Pueden citarse las Convenciones de Naciones Unidas de 1961, 1971 y 1988, el Convenio Centroamericano para la Prevención y Represión de los Delitos de Lavado de Dinero y de Activos; entre otros, la Estrategia Hemisférica sobre Drogas, los diversos Reglamentos Modelo de la CICAD para el control de sustancias químicas que se utilizan en la fabricación ilícita de estupefacientes; las Recomendaciones del Mecanismo de Evaluación Multilateral (MEM); las Recomendaciones del Grupo de Acción Financiera Internacional (GAFI) por medio del organismo regional denominado Grupo de Acción Financiera del Caribe (GAFIC); el Plan de Acción Regional de la Comisión Centroamericana Permanente para la Erradicación de la producción, tráfico, consumo y uso ilícito de estupefacientes y sustancias psicotrópicas (CCP); además, El Salvador ha suscrito diversos Acuerdos Bilaterales de Cooperación.

En cuanto a Normativa Nacional, además de las disposiciones establecidas dentro de la Constitución de la República, el Código de Salud y el Código Penal, el Gobierno de El Salvador ha decretado a nivel nacional diversos instrumentos legales a fin de controlar y combatir el desvío y tráfico ilícito de sustancias sujetas a fiscalización, narcotráfico y sus delitos conexos (lavado de activos, el tráfico de armas y el terrorismo), tales como la Ley Reguladora de las Actividades Relativas a las Drogas, la Ley contra el Lavado de Dinero y de Activos, el Reglamento de Estupefacientes, Psicotrópicos, Precursores, Sustancia y Productos Químicos Agregados, La Ley de Control y Regulación de Armas de Fuego, Municiones, Explosivos y Artículos similares, entre otros. Asimismo, ha establecido normas para regular el establecimiento y funcionamiento de las instituciones que brindan atención a personas afectas a drogas (CNA, 2011). Adicionalmente, algunos de los Consejos Municipales (Alcaldías) han emitido ordenanzas contravencionales para la regulación de distribución, venta y consumo de bebidas alcohólicas y la portación

de armas de fuego entre las que se mencionan las ordenanzas de los municipios de Ahuachapán y Atiquizaya (Departamento de Ahuachapán), Joateca (Morazán), Ciudad Delgado y Mejicanos (San Salvador).

## **2.2 BASES TEÓRICAS**

Existe una estrecha conexión entre los sujetos que consumen drogas y su entorno, constituyendo un complejo sistema que involucra a todas las estructuras sociales: sistema de salud, sistema educativo, sistema judicial, sistema de seguridad social, estructuras no gubernamentales, comunidad, familia e individuo. La perspectiva principal desde la cual se abordará esta investigación es la perspectiva sociológica. El funcionamiento de cada estructura social influye en las restantes, impacta en el mismo individuo así como en la familia y la comunidad. Dentro de un sistema social funcional el rol de cada uno de las estructuras es garantizar que se ejecuten de manera pertinente y oportuna las acciones que le corresponde desempeñar. Es evidente que los problemas relacionados con las adicciones alteran el equilibrio social, es decir, las relaciones existentes entre los sujetos, el entorno y las diferentes estructuras sociales.

No existe una teoría única que sirva para explicar la causa de las adicciones ni cuál o cuáles son las mejores estrategias para asegurar el tratamiento y la rehabilitación, ni para evitar la presentación de nuevos casos, asegurar un tratamiento y una rehabilitación exitosa.

El funcionalismo estructural concibe a la sociedad como un enorme casillero, con varios niveles y considera que los individuos ocupan, cada uno necesariamente determinado sitio (status social) dentro de alguna casilla de esa enorme estructura. Sus actuaciones o papeles desempeñados dentro de ese status, se denominan roles del sujeto. Una de las ventajas del funcionalismo estructural es que percibe el sistema social como un todo, como un sistema de interacción dinámica que incluye aspectos como la percepción, la imagen corporal, el yo, el crecimiento y desarrollo, los cuales se ven influenciados por factores externos como el establecimiento de roles con los demás, las interacciones, transacciones, la comunicación que se ejerza y, a un nivel más macro, se ve influenciado por la familia, el grupo de pares, el trabajo, las estructuras sociales y la comunidad (Figura 6).

Las sociedades son dinámicas y experimentan transformaciones constantes ya sea por factores internos o externos a la misma, por ello, debido a que la teoría estructural funcionalista valora el cambio social como una situación anormal, limita grandemente el análisis partiendo sólo de esta teoría, pues le impide explicarse dicho cambio, por esta razón se contemplará en el proceso de análisis la Teoría General de Sistemas (TGS).

Bajo la teoría estructural-funcionalista, y bajo el enfoque de salud internacional, se persigue formular un modelo de política social para afrontar el fenómeno del consumo problemático de SPAs en la población salvadoreña (Figura 7).

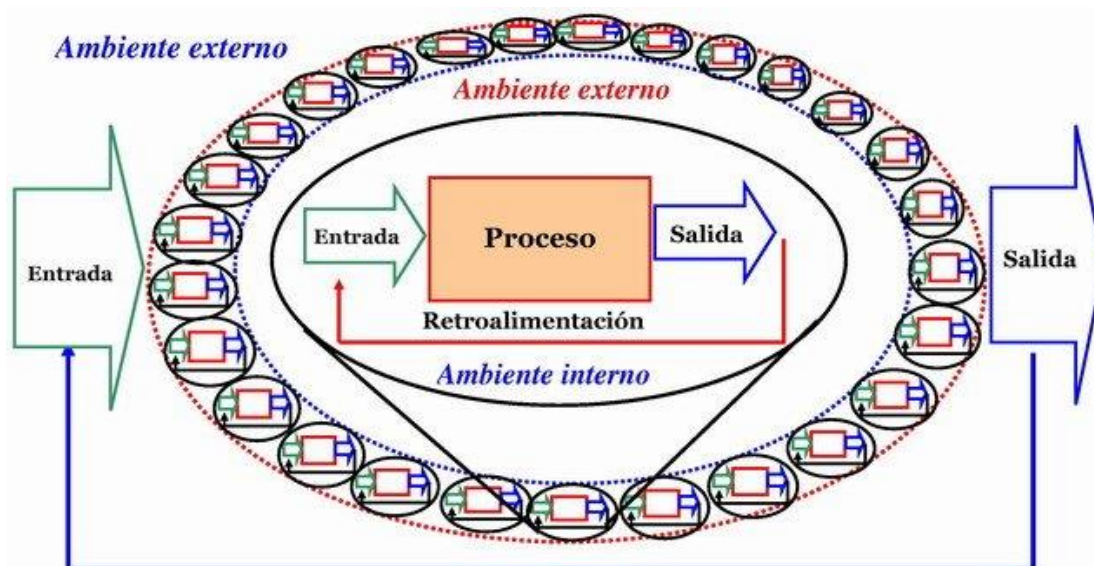
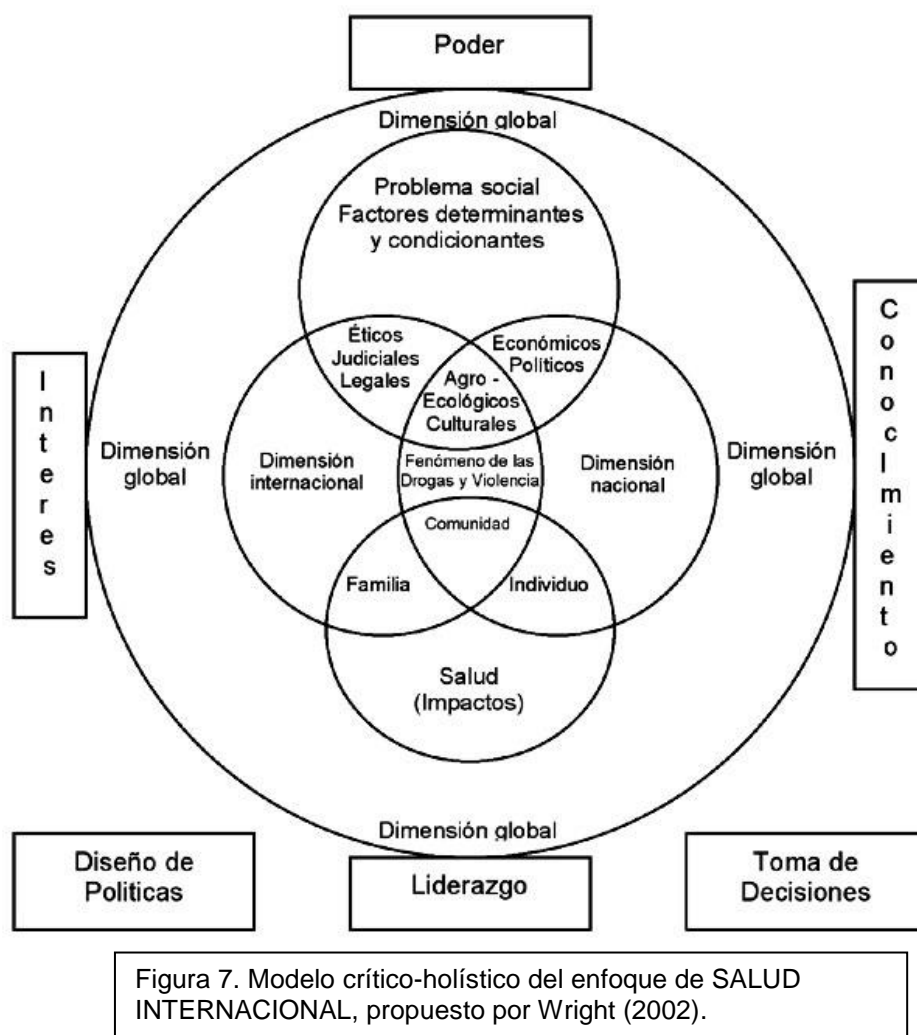


Figura 6. Esquema adoptado de la TGS



La sociedad se comporta como un sistema donde sus estructuras sociales están interrelacionadas entre sí y cuyo funcionamiento está claramente definido. La unidad compleja es la colectividad como actor y sujeto, entrecruzándose con el actor individual. Cada sujeto tiene un rol que desempeñar. Esto parte de la significación del status rol tanto para el sistema de acción del individuo como para el de la colectividad.

La acción de un sujeto (individuo o Institución) es relevante porque forma parte de un proceso de interacción social, en función de un sistema ordenado de relaciones sociales y en cuanto a la concreción práctica del sistema de valores normativos para los actores miembros de una sociedad en particular, en un tiempo, espacio y contextos definidos, considerando los avances, evolución y transformaciones sociales.

Es inherente a todo sistema que la acción sea orientada normativamente. Este estudio adopta la Teoría estructural-funcionalista la cual permitirá relacionar las acciones ejecutadas por las diferentes Instituciones sociales (estructuras) en el marco del Plan Nacional Antidrogas (Normativa), con los resultados obtenidos en los indicadores de reducción de la oferta y reducción de la demanda (Figura 6).

En la temática de salud mental en América Latina existen determinantes puntuales, es decir, factores que van a favorecer o alterar el equilibrio mental de las personas (Caldas, 2007):

- Factores individuales: se ha demostrado que el componente genético convierte a las personas en más vulnerables o no, frente a los trastornos mentales. Estos se pueden controlar al momento de tratar a una persona que tiene un trastorno mental. Los factores comportamentales pueden ser también factores protectores como el afecto y las buenas relaciones familiares, las habilidades comunicativas y la asertividad, el buen manejo de los conflictos y el estrés y el acompañamiento familiar entre otros.
- Factores culturales: en particular los relacionados con la vergüenza y la culpa en la percepción de los casos de enfermedades mentales entre las familias, las creencias religiosas y populares acerca de las causas y el tratamiento, aunada la estigmatización de los pacientes.
- Factores económicos: la mayoría de los países de América Latina dedican menos del 2% de su presupuesto sanitario total a la salud mental, y de este total, casi el 90% se asigna al área de tratamiento a largo plazo, dejando escasos recursos para la promoción, prevención y atención en los primeros niveles de atención.
- Factores políticos y estructurales de los sistemas de salud: las estructuras de los sistemas de salud en los países de la región y la falta de implementación de las políticas vigentes en el área de salud mental, no garantizan la cobertura del servicio a la población más vulnerable, ni su eficacia, efectividad, accesibilidad y calidad.
- Factores sociales-económicos: la pobreza, abandono, marginación, migración, trabajo infantil, explotación y trata de personas, violencia, nutrición inadecuada, desempleo, inestabilidad política, falta de recreación, escasa seguridad social (económica y política), terrorismo, crimen organizado y la exclusión social; son algunos de los factores que dificultan

- el fortalecimiento y éxito de programas enfocados a la promoción y prevención de enfermedades relacionadas a la salud mental
- Inestabilidad en las estructuras jurídicas: la débil estructura jurídica de algunos países de Latinoamérica dificulta el adecuado seguimiento a las personas involucradas en redes delictivas relacionadas con el narcotráfico. El enfoque basado en la reducción de la oferta ha tergiversado la realidad olvidando que la adicción a las drogas es una enfermedad y que por tanto demanda un tratamiento integral y de calidad, que se brinde en forma oportuna, con respeto, comprensión, confidencialidad, garantizando la igualdad de oportunidades para recibir la atención y asegurando la disponibilidad de planes de tratamientos efectivos y accesibles que conlleven al paciente a la rehabilitación, y reinserción social.

La interrelación de los actores y estructuras mencionadas, permite el establecimiento de un marco referencial para el desarrollo de acciones que promuevan la reducción de la demanda y oferta de drogas en El Salvador, lo cual requiere profundizar en el conocimiento del problema, conocer los resultados de las acciones implementadas, motivando, fortaleciendo y movilizándolo a la sociedad en su conjunto, facilitando la coordinación entre las estructuras participantes, modernizando el marco legal de la región, generando los recursos suficientes y promoviendo la cooperación internacional necesaria para hacer frente al fenómeno de las drogas de acuerdo a los principios y valores de la sociedad salvadoreña.

- **Modelos de abordaje**

El problema del uso indebido de alcohol y otras drogas representa uno de los fenómenos más graves de los últimos tiempos en las sociedades americanas, ya que afecta a niños y jóvenes de todas las edades y clases sociales. Es un problema que ha trascendido la órbita de la salud adquiriendo una complejidad tal, que abarca factores sociales, culturales, políticos y económicos vinculados tanto, a la oferta (producción y tráfico), como a la demanda (consumo). En él se destaca la presencia cada vez más notoria de grupos de alto riesgo y de grupos vulnerables que, por su posición etaria y social, deben padecer crecientes problemas para su salud y bienestar.

Incluso se ha llegado a designar este problema como la "epidemia de los tiempos modernos", dada su extensión y universalidad que desafía los sistemas de seguridad y salud pública de todo el mundo.

Por lo tanto, también se han usado múltiples "modelos de abordaje" del problema con las consecuentes posturas frente a la prevención sea en el área de la represión, la educación, el tratamiento, etc. Cada uno de estos "modelos" enfoca el fenómeno del uso indebido de drogas jerarquizando o priorizando ciertos aspectos del sistema Droga-Persona- Medio.

El Instituto Interamericano del niño (IIN, 2002), cita cuatro modelos clásicos para el abordaje de las drogas:

**El MODELO ÉTICO JURÍDICO:** considera a la droga como un agente activo. La finalidad es alejar la sustancia de la población para lo cual legisla dando importancia a los mecanismos de control. Minimiza los otros elementos del sistema, siendo habitual que considere al consumidor de drogas como un "delincuente". Como ejemplo, se pueden citar diferentes medidas encaminadas a controlar el expendio de psicofármacos, como el uso de recetas especiales y controles de documentación en farmacias.

**El MODELO MÉDICO SANITARIO:** considera al fenómeno una "enfermedad contagiosa" similar a una epidemia, donde el consumidor es el huésped y a veces el agente transmisor. El sujeto se presenta como pasivo frente al fenómeno. El medio ambiente aparece como contaminado y el consumidor es considerado un sujeto vulnerable que se ha infectado. Este enfoque también es llamado ecológico. En algunos países, quienes se adhieren a este modelo frecuentemente hablan del "flagelo", de las "víctimas" de las drogas y consideran al consumidor como un "enfermo" a quien curar.

**El MODELO PSICOSOCIAL:** el individuo es considerado un agente activo, pero minimizando el papel de la droga. Se centra en los aspectos psicoafectivos. Históricamente ha estudiado los comportamientos valores y actitudes así como las causas personales y motivaciones para el uso, cayendo a veces en un determinismo psicológico. El contexto interesa solo en lo inmediato al sujeto, por ejemplo los grupos de pertenencia o la familia.

**El MODELO SOCIOCULTURAL:** prioriza el contexto en cuanto a sus factores culturales y a la sociedad como entorno socioeconómico. Coloca los factores fuera del alcance del sujeto en cuanto individualidad, el consumidor es presentado como

víctima del sistema o como desviado social, descuidando la capacidad de elección de la persona. Este modelo incorpora lo económico pero no desde una perspectiva estructural macroeconómica, sino simplemente teniendo en cuenta el impacto de lo económico en una clase social. Actualmente desde esta perspectiva se está trabajando con los aspectos sociales del llamado enfoque de riesgo que estudia los factores de riesgo y protección frente al uso indebido de drogas sean estas legales o ilegales.

Similar al Enfoque de Salud Internacional, el IIN (2002) también plantea un nuevo modelo al que llama UN MODELO INTEGRACIONAL. La propuesta de un enfoque integracional global, de carácter sistémico, donde producción, tráfico y consumo, formen parte de un mismo problema. Desde este enfoque, la droga es considerada como una mercancía con un valor de intercambio que sigue las reglas del mercado y genera una relación social. En este sentido, no es necesario hacer distinciones entre las drogas legalizadas e ilegalizadas, ya que estas últimas configuran una parte del problema, pero no lo representan ni lo explican en su totalidad. La persona es interpretada como un actor social que se integra al polo de la oferta (productor, traficante) o de la demanda (consumidor). El medio social y ambiental, no es solo la familia, la escuela, el trabajo o los grupos de pertenencia. Incluye a la comunidad toda y el sistema ecológico en el que se encuentran las poblaciones consideradas.

Los países latinoamericanos han adoptado diferentes modelos para el abordaje del consumo problemático de SPAs. La ejecución del Plan Nacional de Prevención Integral de Drogas que plantea Ecuador (CONSEP, 2012-2013), es una propuesta innovadora y visionaria; se base en un Modelo Integracional, plantea la participación de otros actores, de los sectores público y privado, quienes forman una base potencial para realizar un trabajo conjunto y coordinado en el contexto del desarrollo nacional que incida en la evolución de la problemática. Se rige a través de principios: 1. Línea soberana para afrontar la temática de las drogas; 2. El ser humano es el eje central del abordaje de la temática de drogas; 3. Participación social para hacer efectiva la construcción y aplicación de la política de drogas; 4. Garantía y respeto de derechos humanos frente al problema de drogas; y 5. Evaluación y rendición de cuentas.

En el caso de Colombia, el Plan Nacional de Reducción del Consumo de Drogas (Comisión Nacional, Colombia, 2009-2010) focaliza gran parte de sus

acciones en asegurar la aceptabilidad y accesibilidad a servicios preventivos, informativos, de asistencia social, sanitaria y especializada en el campo de la salud mental. Asimismo incorpora una mirada innovadora en el sentido de intervenir la vulnerabilidad al consumo de SPAs de manera transversal, aplicando el enfoque de determinantes y condicionantes sociales de tal vulnerabilidad, así como el enfoque comunitario y de redes, extendiendo la exclusión social como uno de los principales factores de riesgo al consumo de SPAs. El Plan no se presenta sólo como una sumatoria de metas sectoriales e institucionales, sino como una planeación conjunta y estratégica que tiene como base la articulación y complementariedad, con el fin de potenciar las acciones. Los ejes operativos del Plan son la prevención, mitigación, superación y construcción de capacidad de respuesta.

En el caso de El Salvador, el Plan Nacional Antidrogas 2002-2008 parte de un modelo predominantemente médico-sanitario, se hace referencia a las drogas como un flagelo, se enfoca en una “sociedad segura, libre del flagelo de las drogas”. Se hace poco énfasis al enfoque de las determinantes y condicionantes sociales que se establecen como factores de riesgo, y a la garantía de derechos humanos frente al problema de drogas; tampoco se visualiza el mecanismo integrador entre las Instituciones gubernamentales y no gubernamentales, públicas y privadas, llamadas a ponerlo en práctica.

El proceso de formulación de este modelo de política social se desarrolla en un momento histórico de ruptura de paradigmas y el emergente desarrollo de comprensiones y tendencias nacionales e internacionales, que demandan cambios políticos, institucionales y normativos profundos en temática de drogas; e incluso cambios conceptuales en la definición de términos, que para fines de este estudio se han incorporado.

### **2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS**

- Abuso de drogas: es el uso repetido de una droga en situaciones que implican riesgos psicofísicos para la persona, que sigue consumiendo a pesar de la potencial afectación.
- Actores relevantes: incluye sociedad civil, comunidad científica, investigadores universitarios, gobierno a nivel nacional, local y regional.
- Adicción o dependencia: es un estado de necesidad psicofisiológica que se expresa en el consumo compulsivo de drogas, cuya dependencia produce un

deterioro del control del uso y alteración de la cognición. Su reducción o suspensión brusca provoca síndrome de abstinencia.

- **Adolescencia:** es un periodo en el desarrollo biológico, psicológico, sexual y social inmediatamente posterior a la niñez y que comienza con la pubertad. De acuerdo a los conceptos convencionalmente aceptados por la Organización Mundial de la Salud, la adolescencia es la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años, considerándose dos fases: la adolescencia temprana (10 a 14 años) y la adolescencia tardía (15 a 19 años).
- **Atención integral de salud:** es el conjunto de normas, políticas, estrategias, procedimientos, instrumentos y recursos que permiten la implementación del modelo de atención en el sistema nacional de salud, con un enfoque integrado que incluya la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, con calidad y calidez, cuyas acciones se apliquen en el individuo, familia, comunidad y medioambiente; promoviendo la participación social, la organización de los usuarios y sus familias.
- **Caracterización y elaboración de perfiles:** utilización de información científica de laboratorio en apoyo de la labor operacional de los servicios de represión antidroga destinada a establecer vínculos entre muestras de drogas. Consiste en recopilar y compartir sistemáticamente, en forma normalizada, información física y química sobre una incautación de drogas, incluso el análisis y la utilización de rastros de impurezas para vincular a diferentes muestras de drogas.
- **Consumo dependiente de drogas:** es el consumo que puede catalogarse como habitual y compulsivo a pesar de sus efectos negativos a nivel social y sanitario.
- **Consumo problemático de drogas:** es el consumo que empieza a tener consecuencias negativas en la salud y que causa efectos perjudiciales tanto en todos los aspectos de la vida de la persona como en otros aspectos relacionados con los individuos, las familias, los amigos y la sociedad.
- **Despenalización de hecho (a veces denominada como legalización de hecho):** se refiere a la no aplicación en toda su extensión de las leyes que penalizan la producción, distribución o consumo de una sustancia. Ocurre cuando el sistema de justicia penal omite la aplicación de la sanción por acción o por omisión, sin haber perdido formalmente el poder para hacerlo.
- **Despenalización:** alude a la eliminación de las sanciones penales por el consumo y posesión no autorizada de sustancias controladas, usualmente en cantidades lo

suficientemente reducidas como para que califiquen únicamente como dosis personal.

- **Drogas ilícitas:** es un término coloquial más que legal, que no se utiliza en las convenciones respectivas de las Naciones Unidas. En la práctica, no es fácil hacer una distinción entre drogas legales e ilegales porque hay muchas “zonas grises” de por medio. En general, se puede afirmar que no hay sustancias que per sé sean ilegales pero que sí pueden ser producidas o distribuidas ilegalmente en mercados ilegales. Por eso, un término más preciso puede ser el de sustancias controladas, en el que se contemplan los usos y los mercados lícitos e ilícitos. Es un término distinto al de drogas controladas, que se limitan esencialmente a las que tienen usos médicos y científicos. También es distinto al de sustancias reguladas, como el tabaco y el alcohol.
- **Drogas:** la OMS define droga como “toda sustancia que introducida en un organismo vivo por cualquier vía (inhalación, ingestión, intramuscular, endovenosa) es capaz de actuar sobre el sistema nervioso central, provocando una alteración física y/o psicológica, la experimentación de nuevas sensaciones o la modificación de un estado psíquico, es decir, capaz de cambiar el comportamiento de la persona; y que posee la capacidad de generar dependencia y tolerancia en sus consumidores.”
- **Evidencia disponible:** uso de la información procedente de distintas fuentes que permitan apoyar con adecuado grado de certeza un efecto para fundamentar alguna recomendación en particular. La calidad de las fuentes de información indicará que tan confiable es la estimación del efecto.
- **Factores de protección:** se entiende por factor de protección a cualquier condición situacional individual, social o ambiental que de manera directa o indirecta contribuye a prevenir, reducir o atenuar la probabilidad del uso, y a evitar el consumo de droga.
- **Factores de riesgo:** son situaciones o características que aumentan la probabilidad de inicio precoz y desinformado del uso de drogas.
- **Gestión pública participativa:** mecanismos de participación ciudadana, tanto en el interior de la gestión pública como en la asociatividad con el sector civil, buscando en un principio, que las políticas y programas públicos incidan en una mejor gobernabilidad y consolidación del sistema democrático, estimulando una ciudadanía proactiva que comparte un proyecto de país con el Estado.

- **Inclusión social:** es la situación que asegura que todos los ciudadanos, sin excepción, pueden ejercer sus derechos, aprovechar sus habilidades y tomar ventajas de las oportunidades que encuentran en sus medios.
- **Infractor de las leyes de drogas:** se refiere a la persona que trasgrede las leyes vigentes sobre drogas.
- **Infractor drogodependiente:** se refiere a un adicto al consumo que comete un delito bajo el efecto de las drogas o relacionado con su dependencia.
- **Interdicción:** es la interceptación de drogas de contrabando por aire, mar o tierra por parte de las fuerzas encargadas del cumplimiento de la ley y de garantizar la seguridad. Usualmente se hace en aguas o zonas internacionales.
- **Legalización:** hace referencia al proceso de eliminación de las prohibiciones legales sobre la producción, la distribución y el consumo de sustancias controladas para otros propósitos diferentes a los medicinales o los científicos, generalmente a través de la sustitución con un mercado regulado.
- **Marco regulatorio:** es el conjunto de reglas y normas establecidas que rigen el ejercicio de las facultades de las instituciones que se encargan de la formación, el desarrollo y aplicaciones de las políticas y/ o programas de Reducción de la Oferta de Drogas.
- **Medidas alternativas a la prosecución penal o privación de libertad:** varía de jurisdicción en jurisdicción, pero generalmente consiste en la suspensión del proceso judicial, siempre y cuando el delincuente voluntariamente participe en un programa monitoreado de tratamiento de drogas.
- **Nuevas sustancias psicoactivas / “Drogas de diseño”:** son sustancias diseñadas para eludir las leyes vigentes de control de drogas, en muchos casos a través de la modificación de estructuras químicas. En la definición de la UNODC “son sustancias de abuso, ya sea en forma pura o preparada que, aunque no están bajo el control de la Convención Única sobre Estupefacientes de 1961 o de la Convención sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971, sí pueden ser una amenaza a la salud pública”.
- **Participación social:** es la expresión de la capacidad que tienen los ciudadanos para intervenir – de muy diversas formas y en muy distintos grados – en una amplia gama de asuntos públicos.
- **Población vulnerable:** son aquellos sectores o grupos de la población que por circunstancias de pobreza, origen étnico, estado de salud, edad , género o

discapacidad, se encuentran en una situación de mayor indefensión que les impide incorporarse al desarrollo y acceder a mejores condiciones de bienestar. La vulnerabilidad coloca a quien la padece en una situación de desventaja en el ejercicio pleno de sus derechos y libertades.

- **Prevención al uso de drogas:** implica promover en el desarrollo integral, individual y social capacidades y destrezas que permitan anticiparse a la aparición de problemas, la capacidad para resolverlos y evitar conductas asociadas al consumo de drogas, para contribuir al buen vivir en el marco del respeto de los derechos humanos.
- **Prevención integral:** es el conjunto de acciones orientadas a construir una conciencia individual y social respecto de los diversos ámbitos de intervención que conforman la problemática de drogas.
- **Prevención:** es un concepto que aplica a los programas destinados a disuadir o retrasar el inicio del consumo de drogas o, en caso de que ya haya iniciado, a evitar la progresión hacia los trastornos del consumo o la dependencia.
- **Prohibición:** es la proscripción por parte de la ley penal del cultivo, la producción, la distribución y la posesión no autorizada de ciertas sustancias psicoactivas con propósitos diferentes a los medicinales o científicos.
- **Programas de prevención universal:** conjunto de acciones preventivas dirigidas a toda la población independientemente del nivel de riesgo.
- **Programa de prevención selectiva:** conjunto de acciones dirigidas a un segmento de población concreto que por características personales, del entorno social, familiar, socio-cultural y de relación, estén expuestos a diversos factores de riesgos capaces de generar consumo de drogas.
- **Programa de prevención indicada:** conjunto de acciones dirigidas a personas que consumen drogas.
- **Protección social:** conjunto de políticas y programas gubernamentales y privados con los que las sociedades dan respuestas a diversas contingencias a fin de compensar la falta o reducción sustancial de ingresos provenientes del trabajo, brindar asistencia a las familias con hijos y ofrecer atención médica y vivienda a la población.
- **Reducción del daño:** noción que agrupa las políticas, programas y prácticas orientadas a mitigar las consecuencias negativas a nivel social, económico y sanitario que se deben al consumo de drogas psicoactivas legales e ilegales, sin

reducir necesariamente dicho consumo. La reducción de daños se basa en el principio de que los usuarios de drogas, más que la sociedad, son los principales agentes de cambio en la reducción de daños derivados de su consumo.

- **Regulación:** es un concepto que engloba un amplio rango de marcos regulatorios que permiten que las drogas controladas estén disponibles legalmente para otros propósitos diferentes a los medicinales o los científicos pero siempre bajo control estatal, cuyos parámetros difieren según los riesgos a la salud que se deriven del consumo de cada sustancia. Los instrumentos de control administrativo previstos en cada marco regulatorio pueden incluir la prescripción y el despacho en farmacias, licencias condicionadas para la producción y la distribución, políticas fiscales para mantener el nivel de precios, restricciones según la edad y diversos estándares de calidad.
- **Reintegración social:** proceso de atención integral que contribuye a preservar o recuperar el ejercicio de derechos y obligaciones de las personas con uso problemático y consumidoras de drogas.
- **Reinserción social:** cualquier intervención social que tenga como propósito la integración de usuario o es usuarios de drogas en la comunidad. Los tres “pilares” de la reinserción social (1) vivienda, (2) educación, (3) empleo (incluyendo entrenamiento vocacional). También puede ser denominado como “Reintegración Social”.
- **Salud mental:** estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.
- **Sistema de Integral de prevención:** organizaciones y programas que proporcionan servicios de prevención de adicciones y que están interconectadas entre sí, y con organizaciones, programas y canales que proporcionan servicios de soporte.
- **Sistema de salud pública:** engloba todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo principal objetivo es llevar a cabo actividades encaminadas a mejorar la salud. La mayoría de los sistemas de salud nacionales comprender el sector público, privado, tradicional e informal. Las cuatro funciones principales de un sistema de salud se ha definido como: la provisión de servicios, la generación de recursos, la financiación y la gestión.

- **Tratamiento:** constituye una etapa del proceso de atención desarrollado con la intervención voluntaria de la persona afectada por el uso problemático o el consumo de drogas, destinada a mejorar al sujeto.
- **Uso cultural:** conjunto de procesos de apropiación que se configuran subordinados a la dimensión simbólica, tomando en cuenta el conjunto de valores, normas, imaginarios del grupo, entramado de sentidos asociado a experiencias, prácticas y creencias, que circulan en un contexto social dado. El objeto del consumo no es el bien que se compra, sino una red mayor de pautas culturales, de relatos y signos en la que los objetos se presentan y adquieren argumento, es decir, sentido.
- **Uso social o recreativo:** se trata de un uso circunstancial de drogas. Se busca compartir experiencias, acontecimientos. En estos casos, la droga facilita el tránsito a la alegría, al sufrimiento, a la pena.

## **2.4. DEFINICIÓN DE VARIABLES**

### **Variable Independiente:**

Acciones de intervención ejecutadas en el marco del Plan Nacional Antidrogas 2002-2008 y de la Estrategia Nacional Antidrogas 2011-2015.

#### **a) Área de Reducción de la demanda de Drogas Lícitas e Ilícitas**

- Prevención del Consumo de Drogas
- Tratamiento y Rehabilitación
- Reinserción

#### **b) Área de Reducción de la Oferta de Drogas y Delitos Conexos**

- Combate del Narcotráfico
- Delitos conexos

#### **c) Área de Control de Sustancias y Productos sujetos a fiscalización**

#### **d) Áreas Transversas**

- Legislación
- Formación y Capacitación
- Sistemas de Información y Estadísticas
- Investigación y Estudios

- Gestión y Cooperación
- Coordinación
- Fortalecimiento Institucional

**Definición conceptual**

Es el método a través del cual se determinan las líneas de acción en la temática de drogas en El Salvador. El Plan define los objetivos en relación a una política normalizada, y garantiza la consiguiente adecuación de los órganos llamados a ponerlo en práctica.

**Definición operacional**

Acciones ejecutadas en los diversos programas implementados por las entidades que conforman la Comisión Nacional Antidrogas: Ministerio de justicia y seguridad pública, Ministerio de salud, Ministerio de educación, Ministerio de la defensa nacional, Consejo superior de salud pública, ONG's, entre otras entidades. Cada organismo tiene funciones claramente definidas y estructuras específicas a través de las cuales se estima que se implementan las acciones y estrategias definidas en el Plan y Estrategia Nacional.

**Variable Dependiente:**

Resultados de las acciones ejecutadas en las áreas de Reducción de la Oferta y Reducción de la Demanda de drogas. Comportamiento del fenómeno de las drogas

**Definición conceptual**

Oferta y demanda de drogas en el contexto histórico social y cultural salvadoreño, describiendo su comportamiento de acuerdo a los indicadores epidemiológicos, registros e informes oficiales de reducción de la oferta y reducción de la demanda.

**Definición operacional**

Caracterización del comportamiento actual del consumo de SPAs en la población salvadoreña, con base en los indicadores del modelo de salud internacional y en las evidencias empíricas procedentes de las fuentes disponibles de datos.

## CAPÍTULO III. METODOLOGÍA

### 3.1 NIVEL DE LA INVESTIGACIÓN

Este estudio explora las acciones ejecutadas en el marco del Plan Nacional Antidrogas 2002-2008, destacando las debilidades, oportunidades, fortalezas y amenazas (DOFA) del modelo de atención implementado en el país en dicho período; expone los indicadores epidemiológicos del consumo de drogas a nivel nacional, registros e informes oficiales del estado actual de los componentes de las áreas de reducción de la oferta y reducción de la demanda de drogas, resultando en un análisis del comportamiento del fenómeno de drogas al contrastar los resultados con los indicadores-meta propuestos para el período 2011-2015; retoma las recomendaciones hechas por organismos internacionales, así como la opinión de expertos nacionales y extranjeros. El estudio analiza e interpreta los resultados a la luz del marco teórico-conceptual enunciado; con base en la evidencia empírica se formula un modelo de política social en drogas pertinente para la población salvadoreña, el cual interviene la vulnerabilidad al consumo de SPAs de manera transversal, aplicando la perspectiva de determinantes y condicionantes sociales.

### 3.2. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

- **Ubicación espacial y temporal:** la investigación se llevó a cabo a nivel nacional bajo un diseño retrospectivo desde el año 2004 al año 2014, considerando el contexto regional.
- **Tipo de investigación:** exploratorio.
- **Diseño de investigación:** transversal, retrospectivo.
- **Método:** estudio exploratorio bajo una perspectiva de análisis de resultados histórico-hermenéutica; los datos se interpretaron considerando el estado actual de las condiciones socio-históricas de cada uno de los componentes de las áreas de reducción de la oferta y reducción de la demanda de drogas, resultando en un análisis del comportamiento del fenómeno de drogas en la última década, desde el enfoque de salud internacional.
- **Unidades de análisis:** los resultados de las acciones implementadas por las entidades que ejecutan el Plan y Estrategia Nacional Antidrogas, tanto en

las áreas de reducción de la oferta y reducción de la demanda, enfatizando en los componentes de Prevención, Tratamiento y Rehabilitación:

- Ministerio de Salud: Unidad de Salud Mental, Hospital Nacional de Psiquiatría “Dr. José Molina Martínez”.
- Ministerio de Educación: Dirección Nacional de Educación
- Consejo Superior de Salud Pública: Dirección Nacional de Medicamentos, Unidad de Estupefacientes.
- Policía Nacional Civil: Sub-dirección de Tránsito Terrestre, División de Antinarcóticos, División de la Policía Técnica y Científica.
- Fiscalía General de la República: Unidad Especializada de los Delitos del Narcotráfico, Unidad de Investigación Financiera.
- Ministerio de la Defensa Nacional
- Ministerio de Justicia y Seguridad Pública
- Ministerio de Relaciones Exteriores
- Ministerio de Hacienda
- Corte Suprema de Justicia
- Autoridad Marítima Portuaria
- FOSALUD
- Asamblea Legislativa
- Instituciones no gubernamentales (ONG’s).
- Organismos Internacionales

Cabe resaltar que para su ejecución, el estudio requirió de la colaboración de los miembros del Grupo Técnico Interinstitucional de la Comisión Nacional Antidrogas, la participación de los miembros que conforman la Red Nacional sobre Drogas, de expertos nacionales y extranjeros, y representantes de organismos nacionales e internacionales en materia de drogas.

Además se consideró:

- La opinión de expertos en drogas, en los contextos nacional e internacional.
- Las recomendaciones de organismos internacionales relacionados con la temática.

- **Categorías en estudio:**

Áreas de intervención,

- Área de Reducción de la demanda de drogas legalizadas e ilegalizadas
  - a. Prevención
  - b. Tratamiento y Rehabilitación
  - c. Reinserción
- Área de Reducción de la oferta y delitos conexos
  - a. Combate al narcotráfico
  - b. Delitos conexos
- Área de Control de SPAs y productos sujetos a fiscalización
- Áreas Transversas
  - a. Legislación
  - b. Formación y Capacitación
  - c. Sistemas de Información y Estadísticas
  - d. Investigación y Estudios
  - e. Gestión y Cooperación
  - f. Coordinación
  - g. Fortalecimiento Institucional

### **3.3. TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS**

- **Técnicas de recolección de datos.**

**Plan Nacional Antidrogas 2002-2008:** para valorar las acciones ejecutadas en el marco del PNAD y diseñar el análisis DOFA, se empleó un cuestionario semiestructurado con preguntas abiertas y cerradas, el cual se administró de septiembre a octubre 2013, a los Coordinadores técnicos de la CNA (Véase Anexo N° 1). Su forma de administración fue vía e-mail. El Cuestionario comprendió 16 ítems, de éstos 2 eran de opción múltiple y el resto fueron preguntas abiertas. Además, se recopilaron fuentes bibliográficas, documentos, informes y reportes de país como fuentes de verificación de resultados.

**Estrategia Nacional Antidrogas 2011-2015:** para determinar las acciones ejecutadas en el marco de la ENA y caracterizar el problema actual de las drogas en El Salvador, se han retomado los resultados que fueron proporcionados a la CNA por la Red Nacional de Información sobre Drogas, para el levantamiento de un informe de país. La CNA propició reuniones con los miembros de la *Red Nacional de Información sobre Drogas* (Véase Anexo N° 2), con el propósito de recolectar y sistematizar los registros oficiales de resultados en las áreas de reducción de la oferta y reducción de la demanda, en el período 2009-2014. El proyecto adquirió como primera finalidad para la CNA, el levantamiento del *Informe Nacional de Información sobre Drogas de El Salvador 2009-2014*, el cual fue financiado por la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas. La coordinación técnica del proceso estuvo a cargo de la CNA, con el apoyo de la Dra. Cristina Gloribel Juárez de Amaya, en calidad de Consultora de dicho informe, servicios de consultoría que fueron requeridos por la CICAD/OEA. El levantamiento del estudio se realizó de febrero a octubre 2015.

Para la recopilación de la información, la CNA convocó a diferentes reuniones (Véanse Anexos N° 3 y N°4) con base en un cronograma de trabajo definido (Véase Anexo N°5). Cada entidad presentó los resultados de su área de competencias, correspondientes al período 2004-2014. Además, se hizo uso de la recopilación documental para la verificación de indicadores epidemiológicos, retomando la información disponible en registros, informes y datos provenientes de otros estudios nacionales e internacionales.

**Recomendaciones de Organismos Internacionales:** para obtener esta información se consideraron las Recomendaciones hechas a El Salvador por la CICAD/OEA en el Informe de la Quinta Ronda del Mecanismo de Evaluación Multilateral MEM, año 2011; las cuales fueron retomadas en el Informe de la CICAD/OEA, El Salvador, Sexta Ronda (CICAD-MEM, 2014), recopilación que contó con la participación de expertos nacionales e internacionales.

### 3.4. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS

- **Técnicas de Procesamiento y análisis de los datos**

**Plan Nacional Antidrogas 2002-2008:** con base en los resultados de las acciones implementadas, se presenta un informe descriptivo bajo una concepción histórico-estructural de las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas del Plan Nacional Antidrogas (2002-2008), y se puntualiza en los desafíos que conlleva la actual Estrategia Nacional Antidrogas (2011-2015).

**Estrategia Nacional Antidrogas 2011-2015:**

Con base en los resultados, se diseñó un cuadro-resumen por cada componente, destacando los alcances, y se realiza un análisis estructural integrativo de cada uno de las áreas de intervención de la ENA, que considera además la opinión de expertos nacionales y extranjeros, así como las recomendaciones de organismos internacionales.

Tomando como referencia los indicadores y resultados reportados por las entidades que conforman la Red Nacional sobre Drogas, bajo una perspectiva de análisis de resultados histórico-hermenéutica, que permitió contrastar las acciones ejecutadas en las áreas de reducción de la oferta y reducción de la demanda de drogas, con los indicadores-meta propuestos alcanzar en el último período en El Salvador, se caracterizó el comportamiento del consumo de SPAs en la población salvadoreña. Finalmente se formula un modelo de política social para afrontar el consumo problemático de SPAs, que sea pertinente para la población salvadoreña. Se enfatizan los resultados y alcances en los distintos componentes, y a la luz del modelo de salud internacional se formula un modelo de intervención social en drogas pertinente para la población salvadoreña.

## **CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y ANÁLISIS**

### **4.1 RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DEL PNAD 2002-2008**

La figura 8 intenta esquematizar el Plan Nacional Antidrogas como un sistema donde hay entradas (acciones) y salidas (resultados), y donde la interrelación de los actores involucrados, debe permitir el establecimiento de un marco referencial para el desarrollo de acciones que promuevan la reducción de la demanda y oferta de drogas, profundizando en el conocimiento del problema, motivando, fortaleciendo y movilizándolo a la sociedad en su conjunto, facilitando la coordinación entre todas las estructuras involucradas, modernizando el marco legal, generando los recursos suficientes y promoviendo la cooperación interinstitucional nacional e internacional, la cual es necesaria para hacer frente al fenómeno de las drogas de acuerdo a los principios y valores de la sociedad salvadoreña:

- Fortalecimiento de los sistemas de respuesta a drogas en el mismo individuo, en la familia, en la escuela, en la universidad, en la iglesia, en la calle, en los medios de comunicación.
- Fortalecimiento de instituciones nacionales e internacionales encargadas de actividades de prevención, tratamiento, rehabilitación y reinserción social en la temática de drogas.
- Políticas: modernización del marco legal y descentralización de las políticas de drogas.
- Líneas de acción: fortalecimiento de la capacidad de coordinación, fortalecimiento del recurso humano en instituciones de drogas, Coordinación política y técnica entre las entidades nacionales e internacionales en temas de seguridad (aérea, marítima, terrestre).
- Conformación de comités técnicos interinstitucionales por país y por región: Investigación.
- Protección de la población vulnerable, quienes por la necesidad económica se ven obligados a participar en el proceso de tráfico ilícito de drogas.

Esta interrelación y trabajo conjunto permite abarcar todas las dimensiones relacionadas con el fenómeno de las drogas:

- Dimensión económica
- Dimensión social

- Dimensión política
- Dimensión legal
- Dimensión cultural y religiosa
- Dimensión global
- Dimensión académica y técnica
- Dimensión del fenómeno en escalas: macro, meso y micro

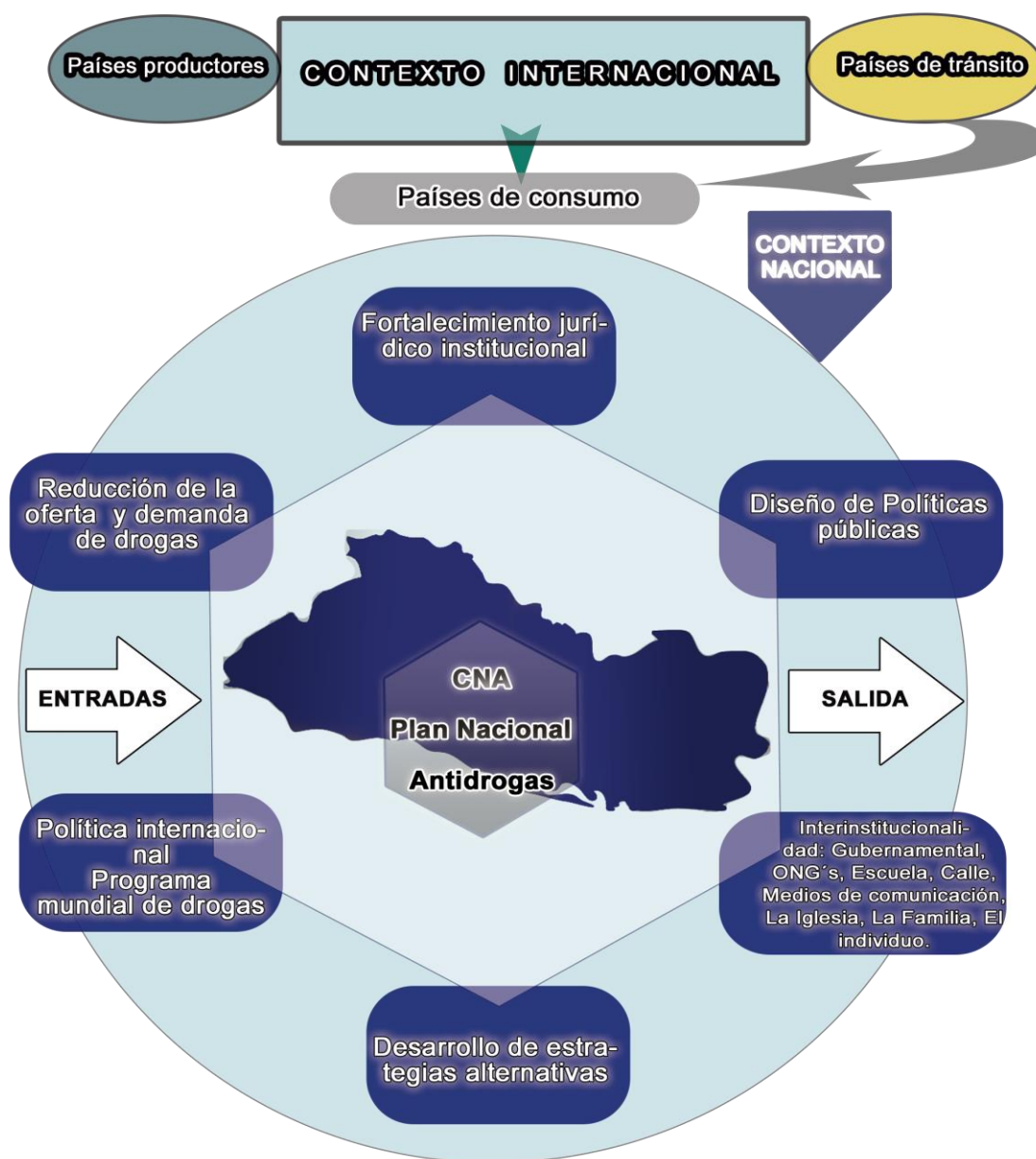


Figura 8. Contexto nacional e internacional del fenómeno de las drogas, El Salvador, 2012. Fuente propia. Diseñado en el Seminario "Procesos Políticos, Democracia y Sistemas de Poder", facilitado por Dra. Karina Grégori Méndez, en el marco del Programa del Doctorado en Ciencias Sociales mención gerencia, cohorte 2011-2015, El Salvador, de la Facultad de Ciencias Sociales de La Universidad del Zulia, Venezuela.

La información fue proporcionada por el Coordinador área de tratamiento y rehabilitación, Coordinador área de investigación y estudios, Coordinador sistemas de información y observatorio.

Se consideraron cinco de las ocho áreas estratégicas que cita el PNAD:

1. Prevención Integral del Consumo
2. Tratamiento, Rehabilitación y Reinserción
3. Investigación, Información y Estadística
4. Formación y Capacitación
5. Financiamiento y Cooperación.

Los resultados que a continuación se presentan corresponden a las tres primeras áreas, ya que de las dos últimas no se obtuvo información.

#### **A) Área Estratégica: Prevención Integral del Consumo**

El Plan Nacional Antidrogas en el área estratégica de prevención integral del consumo, definió los objetivos que se presentan en la tabla 1; también se exponen las acciones que se trazaron para su alcance.

Tabla 1. Objetivos y acciones del área prevención integral del consumo, PNAD

<b>OBJETIVOS ESTABLECIDOS EN EL PNAD</b>	<b>ACCIONES EJECUTADAS</b>
1. Reducir la prevalencia del consumo de drogas en la niñez, adolescencia y juventud	Programas como Educación para la Vida, DARE, PEPAD, Cultura de la Legalidad, Primer Paso, Red de Jóvenes para la Prevención del Consumo de Drogas. Participación en foros internacionales de reducción de la demanda.
2. Reducir la prevalencia del consumo de drogas en lugares de trabajo, centros penitenciarios y poblaciones de alto riesgo	

Fuente: cuestionario on-line/ Coordinador del área de prevención y tratamiento

Respecto a los logros más importantes alcanzados en esta línea estratégica, en la tabla 2 se citan los tres más trascendentales según la opinión de la coordinación del área de prevención y tratamiento de la CNA.

Tabla 2. Logros y evidencias del área de prevención integral del consumo, PNAD

LOGROS	EVIDENCIA
Conformación de un grupo interinstitucional en reducción de la demanda	Actas de reuniones CNA.
Ejecución de programas preventivos en centros escolares y algunas comunidades.	Informes de ejecución de proyectos, material bibliográfico, fotografías
Implementación de la detección de conductores bajo la influencia de alcohol y otras drogas	Estadísticas de pruebas realizadas en El Salvador

Fuente: cuestionario on-line/ Coordinador del área de prevención y tratamiento

Las principales limitaciones que se valoran para la implementación de acciones en el área de prevención integral del consumo son:

- Escaso presupuesto
- Recurso humano limitado y poco capacitado
- Desarrollo de actividades no basadas en evidencia científica

En la tabla 3 se resaltan los principales desafíos aún pendientes, que no fueron alcanzados posterior a la ejecución del PNAD 2002-2008; además, se especifica si éstos han sido retomados en la actual Estrategia Nacional Antidrogas (2011-2015).

Tabla 3. Principales desafíos del área de prevención integral del consumo, PNAD

PRINCIPALES DESAFIOS	HA SIDO RETOMADO EN LA ENA
Capacidad de negociación y gestión política	No
Capacitación técnica al personal que labora en prevención integral	Si
Elaboración de programas basados en evidencia científica	Si
Investigación	Si
Documentación y evaluación de las acciones realizadas	Si
Establecimiento de redes interinstitucionales e interdisciplinarias de trabajo	Si

Fuente: cuestionario on-line/ Coordinador del área de prevención y tratamiento

De acuerdo con el análisis realizado por la Coordinación respectiva, en la tabla 4 se presenta el esquema FODA de esta área estratégica.

Tabla 4. Análisis FODA del área de prevención integral del consumo, PNAD

FORTALEZAS	OPORTUNIDADES
<p>Existe un nivel básico de coordinación interinstitucional. Se reconoce a la CNA como institución rectora en el tema drogas. La mayor fortaleza fue el Plan en sí, ya que por primera vez en la historia de El Salvador se elaboró un Plan producto de un diálogo interinstitucional, cuyas metas y objetivos fueron apoyados y firmados por los integrantes de la entonces Comisión Salvadoreña Antidrogas. El Plan por primera vez eleva lo que hasta el momento eran esfuerzos e iniciativas de las instituciones.</p>	<p>Se mantiene una aceptable capacidad para la ejecución de los proyectos realizados con apoyo internacional, debido a la credibilidad técnica y financiera alcanzadas. Aprobación por parte del Ministerio de Salud del documento “Plan Estratégico para la Prevención y Atención Integral de las Personas con Problemas de Consumo de Sustancias Psicoactivas” (Diciembre de 2012).</p>
DEBILIDADES	AMENAZAS
<p>No hubo indicadores objetivamente verificables que permitieran “medir” el cumplimiento de los objetivos. En reducción de la demanda se elaboraron indicadores idealistas, imposibles de conseguir y de evaluar.</p>	<p>Incremento de los indicadores de consumo si no se implementan estrategias efectivas que se evalúen.</p>

Fuente: cuestionario on-line / Coordinador del área de prevención y tratamiento

La coordinación del área de prevención y tratamiento, considera que el mayor desafío de país para lograr un abordaje integral ante el consumo problemático de drogas, es el fortalecimiento de la CNA como instancia política y técnica para coordinar y articular los esfuerzos de todas las instituciones vinculadas en reducción de la demanda. Expone además que El Salvador aún no cuenta con personal capacitado para el alcance de los objetivos y metas en diferentes áreas estratégicas. Señala como principal limitante la falta un plan de capacitación con un presupuesto asignado y personal idóneo para su implementación. Respecto a la infraestructura, proyecta que el país no cuenta con una infraestructura adecuada para el alcance de los objetivos y metas.

En cuanto a su estructura organizativa expone que muchas instituciones ya cuentan con un enlace técnico nombrado para coordinar con la Dirección Ejecutiva de la CNA, de estos casos, algunos enlaces tienen la posibilidad de tomar decisiones; en otros casos, el enlace se limita a llevar la información a su jefe inmediato pero no se difunden las conclusiones de las reuniones. En ese tipo de instituciones se cuenta con la estructura organizativa pero el personal no está

exclusivamente al servicio de la ejecución de la Estrategia Nacional Antidrogas, siendo ésta una de las muchas actividades asignadas, no necesariamente de las más prioritarias.

Referente al financiamiento, el país no cuenta con un presupuesto asignado para implementar el PNAD, se depende en gran medida de fondos externos para la ejecución parcial de algunas metas. Actualmente la mayoría de instituciones no cuentan con un presupuesto destinado exclusivamente para la ejecución de las actividades destinadas a cumplir las metas y objetivos de la ENA 2011-2015.

Partiendo de un criterio de percepción y con base en los logros alcanzados, en una escala del 1 al 10, la coordinación valora que en ésta línea estratégica el PNAD 2002-2008 tuvo un bajo nivel de efectividad (evaluación del 4 al 6).

### **Discusión:**

Se visualiza que las acciones realizadas no conllevaron a reducir la prevalencia del consumo de drogas en la niñez, adolescencia y juventud; tampoco hay evidencias que demuestren la reducción de la prevalencia del consumo de drogas en lugares de trabajo, centros penitenciarios y poblaciones de alto riesgo. El estudio realizado en cinco universidades de El Salvador en el año 2010, dejó al descubierto indicadores alarmantes en cuanto al consumo de drogas, la edad promedio del inicio para el consumo general fue de 15.1 años y para el policonsumo fue 16.9 años, es decir, que el inicio del consumo de SPAs se da desde muy temprana edad en la escuela secundaria, antes de ingresar a la universidad (CNA, 2010).

Los logros en esta área se reducen a la conformación de un comité interinstitucional cuyo trabajo aún no es evidente, a la ejecución de programas preventivos en centros escolares y algunas comunidades, de los cuales no hay reportes de evaluación de resultados, eficacia o efectividad (Juárez, 2013). Entre otros logros en el área de prevención sobresale la elaboración e incorporación a la currícula escolar de contenidos y metodologías innovadoras de prevención, dirigidas a estudiantes de tercer ciclo y bachillerato (ENA, 2011). Con apoyo de la CICAD/OEA se ha ejecutado el “Programa Cultura de la Legalidad”, dirigido a estudiantes de 8° y 9° grado, y el programa “Segundo Paso”, dirigido a estudiantes de educación parvularia.

Entre las principales limitaciones se señalan el escaso presupuesto, el recurso humano limitado y poco capacitado y el desarrollo de programas de prevención no

basados en evidencia científica, este último está en consonancia con lo que Juárez (2013) cita en su estudio “Limitaciones y desafíos para la evaluación de programas de prevención del consumo de sustancias psicoactivantes”, donde expone que las principales limitantes en materia de evaluación son la inexistencia de presupuesto, la falta de especialistas en evaluación, la ausencia de coordinación interinstitucional y el débil conocimiento y sensibilización de la población general sobre las adicciones como una enfermedad. La Guía sobre políticas de drogas del Consorcio Internacional sobre Políticas de Drogas, revela que se debe reunir información para evaluar periódicamente el impacto de los programas nacionales de desarrollo socioeconómico sobre la prevalencia del uso de drogas en las comunidades, con ello se garantizará que las mejores prácticas se evalúen y se pongan claramente de manifiesto para futuras intervenciones (IDPC, 2010).

En el país se continúa implementando el programa DARE, no obstante, será importante evaluar su eficacia y efectividad. Un estudio de seguimiento de 10 años de éste programa, en los Estados Unidos no encontró pruebas concretas de que el proyecto haya conseguido influir en el consumo de drogas (Lynam, 1999); esta situación posiciona la evaluación de programas de prevención del consumo de drogas como una necesidad apremiante.

A pesar que la capacidad de gestión y negociación política fue un desafío no alcanzado en el anterior PNAD, no se contempló en la nueva ENA.

### **B) Área Estratégica: Tratamiento, Rehabilitación y Reinserción**

Conforme al alcance plasmado en el Plan Nacional Antidrogas, en el área estratégica de tratamiento, rehabilitación y reinserción, en la tabla 5 se exponen los objetivos y las acciones que se trazaron.

Tabla 5. Objetivos y acciones del área de tratamiento, rehabilitación y reinserción, PNAD

OBJETIVOS ESTABLECIDOS EN EL PNAD	ACCIONES EJECUTADAS
1. Aplicación de Normas Mínimas de Atención y Tratamiento en el sector público y privado	Proceso de elaboración y aprobación de normas de tratamiento. Quedó pendiente la implementación de las mismas.
2. Ampliación en la cobertura de los centros de Tratamiento y Rehabilitación	
3. Ampliación de las oportunidades de Reinserción Social.	

Fuente: cuestionario on-line/ Coordinador del área de prevención y tratamiento

En relación a los logros más importantes alcanzados en esta línea, en la tabla 6 se citan los tres más trascendentales según la opinión de la coordinación del área de tratamiento de la CNA.

Tabla 6. Logros y evidencias del área de tratamiento, rehabilitación y reinserción, PNAD

LOGROS	EVIDENCIA
El país por primera vez cuenta con reglamentos y normas mínimas para la atención a personas a drogas y reglamento para el funcionamiento de las instituciones que se dedican a este rubro.	Publicación de paquete técnico normativo conteniendo cuatro documentos oficiales.
Acercamiento a las ONG que proveen servicios de atención a personas afectas a drogas	Publicación on-line de Diagnóstico de instituciones (FUNDASALVA)
Primeras capacitaciones a personal que atiende a consumidores problemáticos de drogas.	

Fuente: cuestionario on-line/ Coordinador del área de prevención y tratamiento

Al igual que en el área estratégica de prevención, las principales limitaciones que se valoran para la implementación de acciones en el área de tratamiento, rehabilitación y reinserción son:

- Escaso presupuesto
- Recurso humano limitado y no capacitado
- Desarrollo de actividades no basadas en evidencia científica

En la tabla 7 se destacan los principales desafíos aún pendientes en el área, y se especifica si han sido retomados en la actual Estrategia Nacional Antidrogas (2011-2015)

Tabla 7. Principales desafíos del área de tratamiento, rehabilitación y reinserción, PNAD

PRINCIPALES DESAFIOS	HA SIDO RETOMADO EN LA ENA
Capacidad de negociación y gestión política	No
Capacitación técnica al personal que labora en tratamiento y reinserción	Si
Elaboración de programas basados en evidencia científica	Si
Investigación	Si
Documentación y evaluación de las acciones realizadas	Si
Establecimiento de redes interinstitucionales e interdisciplinarias de trabajo	Si

Fuente: cuestionario on-line/ Coordinador del área de prevención y tratamiento

De acuerdo con la valoración realizada por ésta coordinación, en la tabla 8 se despliega el análisis FODA de esta área estratégica.

Tabla 8. Análisis FODA del área de tratamiento, rehabilitación y reinserción, PNAD

FORTALEZAS	OPORTUNIDADES
Existe un nivel básico de coordinación interinstitucional. Se reconoce a la CNA como institución rectora en el tema drogas. Hay interés en la capacitación a recursos humanos para la atención a personas afectas a drogas.	Se mantiene una aceptable capacidad para la ejecución de los proyectos realizados con apoyo internacional, debido a la credibilidad técnica y financiera alcanzadas. Aprobación por parte del Ministerio de Salud del documento "Plan Estratégico para la Prevención y Atención Integral de las Personas con Problemas de Consumo de Sustancias Psicoactivas" (Diciembre de 2012).
DEBILIDADES	AMENAZAS
No hubo indicadores objetivamente verificables que permitieran "medir" el cumplimiento de los objetivos. En reducción de la demanda se elaboraron indicadores idealistas, imposibles de conseguir y de evaluar.	Falta de cobertura en el área de tratamiento y reinserción social de las personas afectadas por drogas.

Fuente: cuestionario on-line/ Coordinador del área de prevención y tratamiento

El mayor desafío de país para lograr un abordaje integral ante el consumo problemático de drogas, a juicio de esta coordinación, es el fortalecimiento de la CNA como instancia política y técnica para coordinar y articular los esfuerzos de

todas las instituciones vinculadas en reducción de la demanda. Realza que El Salvador aún no cuenta con personal capacitado para el alcance de los objetivos y metas en las diferentes áreas estratégicas. Valora que la principal limitante en el área de capacitación es la falta de un plan de capacitación con su presupuesto. Respecto a la infraestructura, plantea que el país no cuenta con una infraestructura adecuada para el alcance de los objetivos y metas. Expone que para el área de tratamiento, rehabilitación y reinserción se debería de contar con al menos una red formal y estructurada por cada región del país, la cual cuente con personal capacitado e infraestructura, cumpliendo con los requisitos mínimos en los tres niveles de atención, los cuales deben estar articulados con las ONG`s y otros establecimientos tanto públicos como privados, incluyendo los integrantes del sistema nacional de salud. Prepondera que el país está en el camino correcto ya que se ha avanzado en temas de certificación de personal y un poco en la descentralización de servicios, aunque reconoce que todavía falta mucho por hacer. En cuanto a su estructura organizativa expone que muchas instituciones ya cuentan con un enlace técnico nombrado para coordinar con la Dirección Ejecutiva de la CNA, de estos casos, algunos enlaces tienen la posibilidad de tomar decisiones o poderlas discutir con las instancias pertinentes tanto titulares como otras jefaturas. El personal de estas instituciones no está exclusivamente al servicio de la ejecución de la Estrategia Nacional Antidrogas.

Referente al presupuesto, el país no cuenta con un presupuesto asignado. Se depende mucho del financiamiento externo. Manifiesta que actualmente la mayoría de instituciones no cuentan con un presupuesto destinado de manera exclusiva para alcanzar las metas propuestas en la ENA.

Partiendo de un criterio de percepción y con base en los argumentos antes planteados, en una escala del 1 al 10, la coordinación valora que en esta línea estratégica el PNAD 2002-2008 tuvo un moderado nivel de efectividad (evaluación del 7 al 8).

### **Discusión:**

Se observa que las acciones realizadas no conllevaron a la aplicación de normas mínimas de atención y tratamiento en el sector público y privado, no se amplió la cobertura de los centros de tratamiento y rehabilitación, ni las oportunidades de reinserción social. A pesar de que se cita como uno de los principales logros, que

el país por primera vez cuenta con reglamentos y normas mínimas para la atención de personas que abusan de drogas, también con el reglamento para el funcionamiento de las instituciones que se dedican a este rubro, de acuerdo con el estudio realizado por Juárez, García & Marquina (2011), aunque el Ministerio de Salud cuenta con Normativas, Guías y Reglamentos para la atención de personas afectas a drogas, el personal de salud no aplica dichos lineamientos por falta de conocimiento, por lo que su disponibilidad no garantiza su aplicación.

De acuerdo con la valoración de la CNA, El Salvador no cuenta con personal capacitado para el alcance de los objetivos y metas en esta área, ni con la infraestructura y estructura organizativa necesarias; esto lo confirma el estudio realizado por Juárez, Castro, Rivera, Cruz (2013), el cual determinó que los centros especializados y no especializados que brindan servicios de tratamiento y rehabilitación a personas por abuso de drogas, en su mayoría no cumplen con las condiciones mínimas en relación a la capacidad del recurso humano, aplicación de normativos, infraestructura y parámetros de evaluación integral.

### **C) Área Estratégica: Investigación, Información y Estadísticas**

Para fines del estudio, debido a que la información fue proporcionada por dos coordinaciones diferentes, los resultados de esta área estratégica se presentaran en dos apartados:

- 1) Investigación
- 2) Información y Estadísticas

#### **Investigación**

En la tabla 9 se citan los objetivos propuestos en el referido PNAD y las acciones para su alcance, en relación al área estratégica de investigación, información y estadísticas.

Tabla 9. Objetivos y acciones del área de Investigación, información y estadísticas, PNAD

OBJETIVOS ESTABLECIDOS EN EL PNAD	ACCIONES EJECUTADAS
1. Crear un sistema nacional de indicadores y base de datos	Gestión de recursos internacionales con organismos donantes, para crear la línea de base de indicadores epidemiológicos nacionales sobre consumo de drogas en la población salvadoreña.
2. Promover investigación, evaluación y análisis de tendencias.	
3. Facilitar la formulación de políticas y estrategias para la solución de los problemas derivados del fenómeno de las drogas.	

Fuente: cuestionario on-line/ Coordinadora de la Unidad de Investigación y Estudios

Los principales logros que la Comisión Nacional Antidrogas considera en esta área se visualizan en la Tabla 10, con sus respectivas evidencias.

Tabla 10. Logros y evidencias en el área de investigación, PNAD

LOGROS	EVIDENCIA
Carta-Compromiso, a través de la cual la Organización de los Estados Americanos OEA-Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD), otorgó a la Dirección Ejecutiva de la Comisión Salvadoreña Antidrogas (COSA) financiamiento para efectuar trabajos de recolección de datos, digitación y publicación de la "Encuesta de Estudiantes de Enseñanza Media" en El Salvador. Suscrito el 15 de agosto del 2003.	Difusión de presentaciones e informes del estudio mediante en versión electrónica en la página Web del Observatorio Salvadoreño sobre Drogas y Publicación electrónica e impresa del Informe sobre: "Estudio sobre Patrones de Consumo de Drogas en Adolescentes estudiantes de secundaria de ambos sexos pertenecientes a centros educativos públicos y privados de El Salvador: Análisis basado en los datos del estudio de Prevalencia del Consumo de Drogas en Centros Educativos (2003). Documento Publicado en versión impresa en Julio de 2008. <a href="http://www.seguridad.gob.sv/Observatorio">http://www.seguridad.gob.sv/Observatorio</a>
Memorando de Entendimiento entre la Secretaría General de la Organización de los Estados Americanos a través de la Secretaría Ejecutiva de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) y el Gobierno de El Salvador por medio de la Dirección Ejecutiva de la Comisión Salvadoreña Nacional Antidrogas (COSA) para desarrollar actividades correspondientes a la "Encuesta de Hogares de El Salvador". Suscrito el 28 de julio del 2004.	Difusión de presentaciones e informes del estudio mediante en versión electrónica en la página Web del Observatorio Salvadoreño sobre Drogas y Publicación electrónica e impresa del Informe sobre: "Patrones de Consumo de Drogas de Salvadoreños y Salvadoreñas entre los 12 y 71 años de edad de la República de El Salvador: Análisis basado en los datos de la Encuesta estandarizada de hogares, 2005". Documento Publicado en versión impresa en Agosto de 2008. <a href="http://www.seguridad.gob.sv/Observatorio">http://www.seguridad.gob.sv/Observatorio</a>
Convenio de Cooperación Interinstitucional entre la Comisión Nacional Antidrogas (CNA) y la Dirección General de	

<p>Estadística y Censos (DIGESTYC), para Realizar una Encuesta Nacional de Prevalencia de Consumo de Drogas en Población en General, suscrito el día primero de julio del año 2005. Dicho estudio fue realizado con aporte financiero de la CICAD-OEA.</p>	
<p>Convenio para la realización de un Estudio Técnico sobre los Costos Asociados con Drogas en las Salas de Emergencia del Sistema Hospitalario de El Salvador, suscrito entre la Comisión Nacional Antidrogas (CNA) y la ONG Fundación Antidrogas de El Salvador (FUNDASALVA), el 5 de julio del 2004. Estudio realizado con aporte financiero de la OEA.</p>	<p>A través del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) se logró la “Realización de un Estudio Técnico sobre los Costos Asociados con Drogas en las Salas de Emergencia del Sistema Hospitalario en El Salvador”. Documento con el nombre de Presencia de sustancias psicoactivas en hospitales que se puede encontrar en el link investigaciones en la siguiente dirección: Difusión en la página web de FUNDASALVA: <a href="http://www.fundasalva.org">http://www.fundasalva.org</a></p> <p>Difusión electrónica en la página Web del Observatorio Salvadoreño sobre Drogas del estudio realizado con asistencia técnica y financiera de la OEA a través de la CNA y ejecutado por la ONG: FUNDASALVA, del informe final denominado: “Informe Consolidado sobre los Costos del Problema de las Drogas en El Salvador: 1998-2004” <a href="http://www.seguridad.gob.sv/Observatorio/Publicaciones">http://www.seguridad.gob.sv/Observatorio/Publicaciones</a></p>
<p>Convenio de Cooperación Interinstitucional entre la Comisión Nacional Antidrogas (CNA) y el Ministerio de Economía/Dirección General de Estadística y Censos (DIGESTYC), para Realizar el Segundo Estudio Nacional sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población Escolar de El Salvador, SIDUC 2008, suscrito el 16 de noviembre del año 2007. Dicho estudio fue financiado con recursos que fueron gestionados en el marco del presupuesto de la Comisión Nacional Antidrogas, y se contó con el apoyo del Ministerio de Educación para la ejecución de la encuesta en los centros escolares.</p>	<p>Difusión del estudio mediante Publicación impresa y electrónica en la página Web del Observatorio Salvadoreño sobre Drogas del Informe final con los resultados del Segundo Estudio Nacional sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población Escolar de El Salvador, SIDUC 2008. San Salvador Abril de 2010. <a href="http://www.seguridad.gob.sv/Observatorio">http://www.seguridad.gob.sv/Observatorio</a></p>
<p>Promover la investigación en el tema drogas a través de las universidades con la inclusión de temas para tesis de grado de los estudiantes</p>	<p>Publicaciones electrónicas en la página Web del Observatorio Salvadoreño sobre Drogas sobre las investigaciones realizadas en el tema drogas por estudiantes de pre-grado de la Universidad de El Salvador, Universidad Francisco Gavidia. <a href="http://www.seguridad.gob.sv/Observatorio">http://www.seguridad.gob.sv/Observatorio</a></p>

Fuente: cuestionario on-line/ Coordinadora de la Unidad de Investigación y Estudios

La coordinación del área expone que las principales limitaciones han sido de recursos económicos y humanos, para la ejecución periódica y permanente de los estudios epidemiológicos nacionales sobre consumo de sustancias psicoactivas (SPA), ya que no se cuenta con los suficientes recursos para las funciones del Observatorio y tampoco para la ejecución continua y permanente de estudios periódicos prioritarios (como encuesta en hogares, encuesta en escolares, así como el acceso a los registros de pacientes en centros de tratamiento en el país) que permitan medir las tendencias en el consumo de sustancias psicoactivas en la población. Actualmente en el área de investigación y estudios sólo se tiene asignada una persona, lo mismo sucede en el área de sistemas de información (ambas áreas relacionadas al Observatorio). Entre otras limitantes, está la falta de fondos para participar en capacitaciones o reuniones especializadas, para el caso, las reuniones que son convocadas por los organismos internacionales y en las cuales los costos de participación tienen que ser financiados por el país. Estas misiones oficiales no son aprobadas por las autoridades de gobierno por medidas de austeridad, lo cual limita la formación continua del recurso técnico.

En la tabla 11 se resaltan los principales desafíos aún pendientes, que no fueron alcanzados en el PNAD 2002-2008, por lo que se especifica si han sido retomados en la actual Estrategia Nacional Antidrogas (2011-2015).

Tabla 11. Principales desafíos del área de investigación, PNAD

PRINCIPALES DESAFIOS	HA SIDO RETOMADO EN LA ENA
Lograr los recursos necesarios y suficientes con partidas presupuestarias del gobierno para la ejecución periódica y continua de los estudios considerados prioritarios.	No
Garantizar la contrapartida que el país debe aportar para los estudios que sean parcialmente apoyados con fondos de organismos regionales e internacionales.	No

Fuente: cuestionario on-line/ Coordinadora de la Unidad de Investigación y Estudios.

De acuerdo con la valoración realizada por la Coordinación del área de investigaciones y estudios, en la tabla 12 se presenta el análisis FODA de esta línea estratégica.

Tabla 12. Análisis FODA del área de investigación, PNAD

FORTALEZAS	OPORTUNIDADES
Objetivos alcanzables. Proyectos específicos. Asignación de responsabilidades concretas para su implementación. Adecuada gestión de asistencia técnica y financiera.	Cooperación, asistencia técnica y financiera de organismos regionales como la CICAD-OEA a través del Observatorio Interamericano sobre Drogas, para la ejecución de estudios sobre consumo de SPA en diferentes poblaciones objetivo.
DEBILIDADES	AMENAZAS
No contar con un presupuesto específico asignado para la implementación del PNAD. Algunas entidades no cuentan con la estructura organizativa que se necesita para la ejecución de las acciones propuestas. No se cuenta con la infraestructura adecuada. Falta de personal certificado. Falta de equipos adecuados. Pobre registro de información sobre los casos que se presentan (subregistro)	Falta de un registro actualizado y verificable que permita la toma oportuna de decisiones en materia de consumo, prevalencia e incidencia del consumo de drogas lícitas e ilícitas. Incremento de consumo de SPA en El Salvador.

Fuente: cuestionario on-line/ Coordinadora de la Unidad de Investigación y Estudios

El mayor desafío de país, para lograr un abordaje integral ante el consumo problemático de SPAs es contar con un mapa actualizado con indicadores epidemiológicos de consumo en pacientes de los centros de tratamiento en el país (centro de atención público y privado).

En una escala del 1 al 10 y en relación al área estratégica seleccionada, la coordinación califica de alto nivel de efectividad (de 9 a 10) el PNAD 2002-2008.

### Información y Estadísticas

Sobre el área estratégica información y estadística, en la tabla 13 se definen los objetivos planteados en el referido PNAD y las acciones para su alcance.

Tabla 13. Objetivos y acciones área información y estadísticas, PNAD

OBJETIVOS ESTABLECIDOS EN EL PNAD	ACCIONES EJECUTADAS
1. Crear un sistema nacional de indicadores y base de datos	Creación del Observatorio Salvadoreño sobre Drogas y su respectivo sitio Web. Creación del grupo técnico interinstitucional.
2. Promover investigación, evaluación y análisis de tendencias.	
3. Facilitar la formulación de políticas y estrategias para la solución de los problemas derivados del fenómeno de las drogas.	

Fuente: cuestionario on-line/ Coordinadora de la Unidad Sistemas de Información y Observatorio

Los principales logros que la Comisión Nacional Antidrogas considera en esta área se visualizan en la Tabla 14, con sus respectivas evidencias.

Tabla 14. Logros y evidencias en el área de información y estadística, PNAD

LOGROS	EVIDENCIA
Creación del Observatorio Salvadoreño sobre Drogas y su respectivo sitio Web	<a href="http://www.seguridad.gob.sv/observatorio">www.seguridad.gob.sv/observatorio</a>
Respuesta oportuna a los requerimientos de organismos internacionales y especializados.	<p>Actualización del Sistema Estadístico Uniforme sobre el Control de la Oferta (CICDAT) con indicadores policiales sobre incautaciones por tipo de droga, y detenidos por tráfico ilícito y posesión de drogas por sexo, edad, nacionalidad, ocupación, y equipo decomisado.</p> <p>Remisión al Centro Nacional de Planeación, Análisis e Información para el Combate a la Delincuencia (CENAPI) de la información estadística en materia de fiscalización de drogas.</p> <p>Remisión a la Secretaría de Órganos Subsidiarios de la Organización de las Naciones Unidas los Cuestionarios sobre las Recomendaciones aprobadas en las reuniones de Jefes de los Organismos Nacionales encargados de combatir el tráfico ilícito de Drogas (HONLEA) de América Latina y El Caribe.</p> <p>Remisión a la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito de los Cuestionarios Anuales Parte I: Medidas Legislativas y Administrativas, Parte II: Uso indebido de drogas Magnitud, características y tendencias del uso indebido de drogas y Parte III: Oferta ilícita de drogas – Magnitud, características y tendencias del cultivo, la fabricación y el tráfico ilícitos de drogas correspondiente.</p> <p>Remisión del Cuestionario de Incautación de Drogas bianuales.</p>

Fuente: cuestionario on-line/ Coordinadora de la Unidad Sistemas de Información y Observatorio

Las principales limitaciones para la ejecución de las acciones fueron presupuestarias, asimismo, la no autorización de capacitaciones dentro y fuera del país por la política de austeridad y el hecho que la CNA como ente competente no cuenta con autonomía administrativa y presupuestaria.

En la tabla 15 se resaltan los principales desafíos aún pendientes, por lo que se especifica si han sido retomados en la actual Estrategia Nacional Antidrogas (2011-2015)

Tabla 15. Principales desafíos del área de información y estadística, PNAD

PRINCIPALES DESAFIOS	HA SIDO RETOMADO EN LA ENA
Contar con un sistema nacional de información funcionando	Si
Concientización del nivel decisorio y el asumir compromiso	Si

Fuente: cuestionario on-line/ Coordinadora de la Unidad de Sistemas de Información.

De acuerdo con la valoración realizada por la Coordinación del área de sistemas de información y observatorio, en la tabla 16 se presenta el análisis FODA.

Tabla 16. Análisis FODA del área de información y estadística, PNAD.

FORTALEZAS	OPORTUNIDADES
El Grupo Técnico Interinstitucional (GTI)	Marco normativo que regula el acceso a la información, apoyo técnico y financiero de la comunidad internacional. Red Nacional de Información sobre Drogas establecida.
DEBILIDADES	AMENAZAS
La asignación financiera	Falta de un registro actualizado y verificable que permita la toma oportuna de decisiones en materia de consumo, prevalencia e incidencia del consumo de drogas lícitas e ilícitas.

Fuente: Encuesta on-line/ Coordinadora de Sistemas de información y Observatorio

Comunica que el mayor desafío de país, para lograr un abordaje integral ante el consumo problemático de SPAs es establecer una política de estado y no de gobierno; a su juicio, el país no cuenta con una óptima estructura organizativa en las diferentes instituciones responsables de la ejecución. El Observatorio no

cuenta con un presupuesto asignado para el cumplimiento de metas y objetivos propuestos en el Plan.

En una escala del 1 al 10 y en relación al área estratégica seleccionada, la coordinación califica de moderado el nivel de efectividad alcanzado por el PNAD (de 7 a 8).

### **Discusión:**

Se visualizan importantes avances en la consecución de los objetivos propuestos. Se logró financiamiento para efectuar trabajos de recolección de datos, digitación y publicación de la Encuesta de Estudiantes de Enseñanza Media en El Salvador, suscrito el 15 de agosto del 2003; Encuesta de Hogares de El Salvador, suscrito el 28 de julio del 2004; Encuesta Nacional de Prevalencia de Consumo de Drogas en Población en General, suscrito el día primero de julio del año 2005; Estudio Técnico sobre los Costos Asociados con Drogas en las Salas de Emergencia del Sistema Hospitalario de El Salvador, suscrito entre la Comisión Nacional Antidrogas (CNA) y la ONG Fundación Antidrogas de El Salvador (FUNDASALVA) el 5 de julio del 2004; Segundo Estudio Nacional sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población Escolar de El Salvador, SIDUC 2008, suscrito el 16 de noviembre del año 2007.

El aporte de la CICAD para la CNA ha sido importante. La CICAD está potenciando el trabajo coordinado entre las Universidades de cada país y los Consejos Nacional Antidrogas, desde 1998, la CICAD ha estado desarrollando el Programa de asociación con universidades de América Latina y El Caribe, con el fin de introducir el contenido de las drogas en los currículos de pregrado y posgrado, especialmente para el desarrollo de investigación y actividades de extensión en los campos de enfermería, salud pública, educación y medicina (Wright, 2006).

El aseguramiento presupuestario continúa siendo una estrategia pendiente de definir en la ENA 2011-2015.

Se creó del Observatorio Salvadoreño sobre Drogas y su respectivo sitio Web, y se ha dado respuesta oportuna a los requerimientos solicitados por organismos nacionales e internacionales.

### D) Contraste de análisis FODA del PNAD 2002-2008 con la Estrategia Nacional Antidrogas 2011-2015.

En la tabla 17 se muestra el análisis FODA consolidado de las tres áreas estratégicas en estudio.

Tabla 17. Análisis FODA del PNAD

FORTALEZAS	OPORTUNIDADES
<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Existe un nivel básico de coordinación interinstitucional.</li> <li>▶ Se reconoce a la CNA como institución rectora en el tema drogas.</li> <li>▶ Asignación de responsabilidades concretas para su implementación.</li> <li>▶ Adecuada gestión de asistencia técnica y financiera.</li> <li>▶ Grupo Técnico Interinstitucional</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Se mantiene una aceptable capacidad para la ejecución de los proyectos realizados con apoyo internacional, debido a la credibilidad técnica y financiera alcanzadas.</li> <li>▶ Aprobación por parte del Ministerio de Salud del documento "Plan Estratégico para la Prevención y Atención Integral de las Personas con Problemas de Consumo de Sustancias Psicoactivas" (2012).</li> <li>▶ Cooperación, asistencia técnica y financiera de organismos regionales como la CICAD-OEA a través del Observatorio Interamericano sobre Drogas, para la ejecución de estudios sobre consumo de SPA en diferentes poblaciones objetivo.</li> <li>▶ Marco normativo que regula el acceso a la información, apoyo técnico y financiero de la comunidad internacional.</li> <li>▶ Red Nacional de Información sobre Drogas establecida.</li> </ul>
DEBILIDADES	AMENAZAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Falta de redacción de Indicadores objetivamente verificables que permitieran medir el cumplimiento de los objetivos.</li> <li>▶ En relación a reducción de la demanda se elaboraron indicadores idealistas, imposibles de conseguir y de</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Incremento de los indicadores de consumo si no se implementan estrategias efectivas que se evalúen.</li> <li>▶ Falta de un registro actualizado y verificable que permita la toma oportuna de decisiones en materia de consumo, prevalencia e incidencia del</li> </ul>

<p>evaluar.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ No contar con un presupuesto específico asignado para la implementación del PNAD.</li> <li>▶ Algunas entidades no cuentan con la estructura organizativa que se necesita para la ejecución de las acciones propuestas.</li> <li>▶ No se cuenta con la infraestructura adecuada.</li> <li>▶ Falta de personal certificado.</li> <li>▶ Falta de equipos adecuados.</li> <li>▶ Bajo registro de información sobre los casos que se presentan (subregistro)</li> </ul>	<p>consumo de drogas lícitas e ilícitas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Incremento de consumo de SPA en El Salvador.</li> </ul>
---	---

Fuente: cuestionario On-line Coordinadores CNA.

### **Discusión:**

Dos de los desafíos más serios continúan estando pendientes en la Estrategia Nacional Antidrogas: El presupuesto y el monitoreo y evaluación.

La ENA 2011-2015 no garantiza el financiamiento y se continúa dependiendo del presupuesto que destina cada institución que conforma la CNA.

Lograr los recursos necesarios y suficientes con partidas presupuestarias del gobierno para la ejecución periódica y continua de los estudios considerados prioritarios, así como garantizar la contrapartida que el país debe aportar para los estudios que sean parcialmente apoyados con fondos de organismos regionales e internacionales, son desafíos pendientes en la nueva ENA.

Sobre el monitoreo y evaluación de la Estrategia, no se establece el mecanismo de evaluación a seguir, tampoco se amplía información sobre el modelo evaluativo a utilizar.

### **4.2) RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DE LA ENA 2011-2015**

Para evaluar la ENA, se partió de un análisis comparativo de los componentes que considera el PNAD y la ENA: enfoque, finalidad, área de intervención, áreas

transversas, marco legal, marco institucional, estructura organizativa, monitoreo y evaluación, como se visualiza en la Tabla 18.

**Tabla 18. Análisis comparativo, Componentes del PNA 2002-2008 y ENA 2011-2015**

COMPONENTES	PNAD 2002-2008	ENA 2011-2015
Modelo	Predomina en su enfoque el modelo médico sanitario.	Predomina en su enfoque el modelo sociocultural.
Finalidad	Reducir la oferta y demanda de drogas; reducir el abuso y el uso indebido de drogas; reducir la distribución y almacenamiento de drogas; combatir el narcotráfico y delitos conexos como corrupción, crimen organizado, lavado de dinero y capitales.	Reducir el consumo, uso y abuso de drogas y demás sustancias consideradas como tal, incluidas el alcohol y el tabaco, y combatir el narcotráfico y delitos conexos durante el período 2011-2015.
Áreas de Intervención	Reducción de la Oferta y Demanda de Drogas.	Reducción de la Oferta y Demanda de Drogas; Área de Control de Sustancias y Productos sujetos a fiscalización.
Áreas Transversas	Prevención integral del consumo; Tratamiento, rehabilitación y reinserción; Legislación, tratados y convenios; Fiscalización y control de sustancias; Control de oferta y delitos conexos; Investigación, información y estadística; Formación y capacitación; Financiamiento y Cooperación.	Legislación; Formación y Capacitación; Sistemas de Información y estadísticas; Investigación y estudios; Gestión y cooperación; Coordinación; Fortalecimiento institucional.
Marco Legal	Instrumentos legales nacionales; instrumentos legales regionales, hemisféricos e internacionales.	Instrumentos legales nacionales; instrumentos legales regionales, hemisféricos e internacionales.
Marco Institucional	Comisión Salvadoreña Antidrogas (COSA), creada según Decreto Legislativo N°86 de 1995.	Comisión Nacional Antidrogas (CNA), creada por Decreto Legislativo N° 153 de fecha 2 de octubre de 2003.
Estructura Organizativa	Ministerio de Gobernación, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Ministerio de Educación, Un representante de la Fundación Salvadoreña Antidrogas, FUNDASALVA; y el Director Ejecutivo de la COSA.	Ministerio de Justicia y Seguridad Pública, Ministerio de Salud, Ministerio de Educación, Ministerio de la Defensa Nacional, Consejo Superior de Salud Pública, Dirección Ejecutiva de la CNA.

Financiamiento	<p>Procedente del Ministerio o Institución que sea responsable de su respectiva área de ejecución; ONG´s; Organismos Internacionales como la CICAD/OEA, el Programa de Fiscalización Internacional de Drogas (PNUFID), la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE), la Comisión Centroamericana Permanente para la Erradicación de la producción, Tráfico, Consumo y Uso ilícito de estupefacientes, sustancias psicotrópicas y delitos conexos (CPP), y países amigos. Un mecanismo importante que el PNAD propone para su financiamiento es la utilización de los fondos que se reciben por el decomiso de drogas.</p>	<p>Se definen tres fuentes principales de financiamiento: 1) Recursos asignados del Presupuesto General de la Nación y recursos propios de cada institución que forma parte de la CNA. 2) Asignación presupuestaria de recursos provenientes de la liquidación de los bienes decomisados de ilegítima procedencia. 3) Cooperación externa y de gestiones institucionales.</p>
Monitoreo y Evaluación	Corresponde a la DE-CNA, Grupo Técnico Interinstitucional.	Corresponde a la DE-CNA, Grupo Técnico Interinstitucional.

Fuente: propia. Tomándose como referencia el PNA 2002-2008 y la ENA 2011-2015.

## A) Área Reducción de la Demanda

- **Caracterización del Consumo**

En el período 2011- 2015, en El Salvador se han realizado diferentes estudios nacionales sobre consumo de drogas bajo la coordinación de la CNA, tales como:

- Estudio nacional sobre consumo de drogas y de otras problemáticas en población estudiantil universitaria de El Salvador, 2012.
- Estudio nacional sobre el consumo de drogas en población general de El Salvador, 2014.

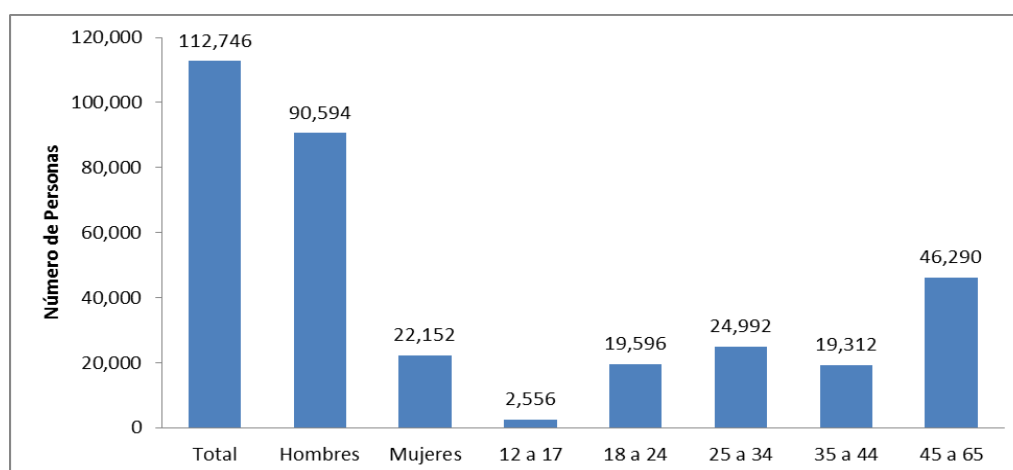
Dichos estudios se ejecutaron con la metodología del Sistema Interamericano de Datos Uniformes sobre Consumo de Drogas (SIDUC) de acuerdo a los protocolos desarrollados por el Observatorio Interamericano sobre Drogas (OID) de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) de la Organización de los Estados Americanos (OEA).

El estudio sobre el consumo de drogas en población general del año 2014, evidenció un aumento en el consumo de alcohol en todos los escenarios (prevalencia de VIDA, AÑO y MES) en comparación con los resultados del estudio del año 2005. El consumo de alcohol en alguna vez en la vida pasó de 39.2% en el

2005 a un 50.9% en el 2014; en cuanto al consumo reciente o en el último año, pasó de 14.2% en el 2005 a un 18.3% en 2014; y en la de consumo actual, o en el último mes, pasó de 7.4% en el 2005 a 9.5% en el año 2014. De cada dos personas una habrá consumido en al menos una ocasión en su vida. Los hombres son los que presentan mayor problema de consumo riesgoso o perjudicial y mayores signos de dependencia a las bebidas alcohólicas; por lo general, esta situación se da entre los 18 y 24 años de edad. Cabe destacar que pese a que existe una ley que regula la venta de alcohol a menores de edad, aproximadamente, de cada cinco personas menores de edad, una habrá consumido alcohol en su vida. Se estima que un total de 112,746 personas en el país presentan consumo riesgoso o perjudicial de alcohol (90,594 hombres y 22,152 mujeres), quienes representan el 31.9% del total de consumidores en el último mes (Véase Gráfico 1).

El informe del uso de drogas en las Américas 2015, en relación al consumo de alcohol entre la población general por grupo de edad, indica que los más altos niveles de consumo en todo el Hemisferio se encuentran entre la población adulta que va de los 18 a los 34 años de edad; también menciona que se encontraron niveles considerables de consumo regular de alcohol en menores de edad, en prácticamente todos los países.

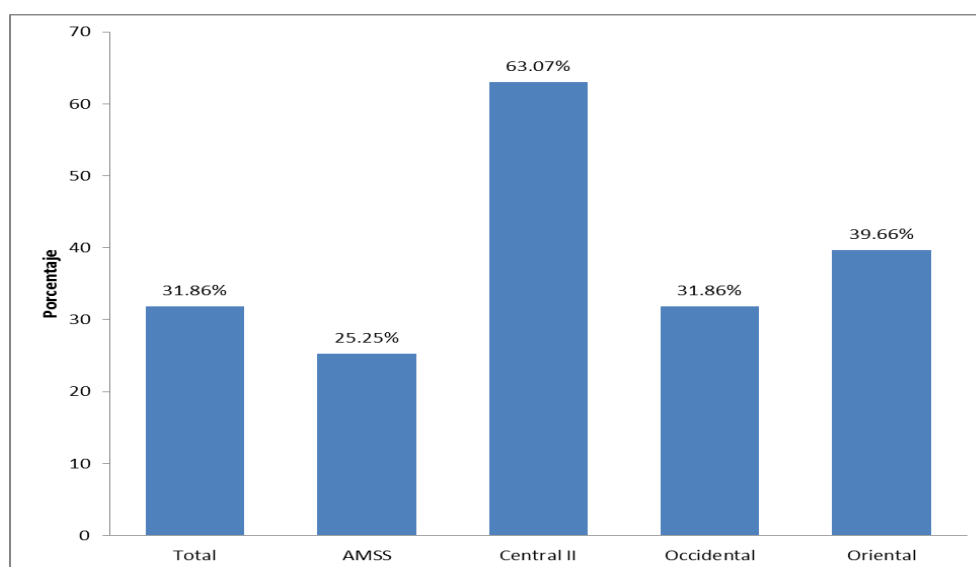
**Gráfico 1. Número de personas con consumo de riesgo o perjudicial de alcohol, según sexo y grupo de edad.**



Fuente: Comisión Nacional Antidrogas. Estudio Nacional sobre el consumo de drogas en población general de El Salvador, 2014.

Respecto al total de los consumidores de alcohol en el último mes, como se muestra en el Gráfico 2, en la zona Central II es donde se encuentra el patrón de consumo más problemático entre los usuarios de bebidas alcohólicas del último mes (63.1%), seguido de la zona Oriental, con casi el 40%. En términos de impacto en la población general, los porcentajes de consumo problemático se ubican por arriba del promedio en la zona Central II y en el Área Metropolitana de San Salvador (AMSS).

**Gráfico 2. Porcentaje de personas con consumo de riesgo o perjudicial de alcohol, según zona geográfica.**

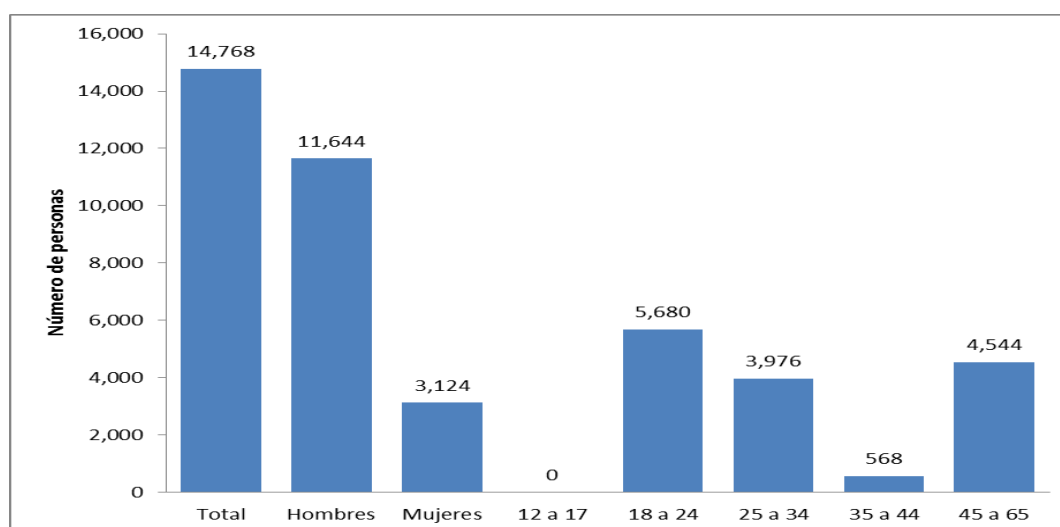


Fuente: Comisión Nacional Antidrogas. Estudio Nacional sobre el consumo de drogas en población general de El Salvador, 2014.

En el estudio se indagó sobre el abuso y dependencia del alcohol, la escala AUDIT<sup>1</sup> permitió identificar conductas que estarían indicando condiciones de dependencia en el consumo de bebidas alcohólicas. El estudio evidenció que un total de 14,768 personas presentaron comportamiento indicativo a una situación de dependencia de bebidas alcohólicas, esta cifra corresponde a un 0.4% de la población salvadoreña entre los 12 y 65 años de edad; los hombres presentan mayor dependencia que las mujeres, y el grupo de edad entre los 18 y 24 años es donde más se presenta (Véase Gráfico 3).

<sup>1</sup> AUDIT: Test para Identificar Trastornos de consumo de alcohol (Alcohol Use Disorder Identification Test). Dicho instrumento contiene tres preguntas indicativas de consumo de riesgo, cuatro de consumo perjudicial de alcohol y tres preguntas indicativas de dependencia de esta sustancia.

**Gráfico 3. Número de personas con signos de dependencia de alcohol por sexo y grupo de edad.**

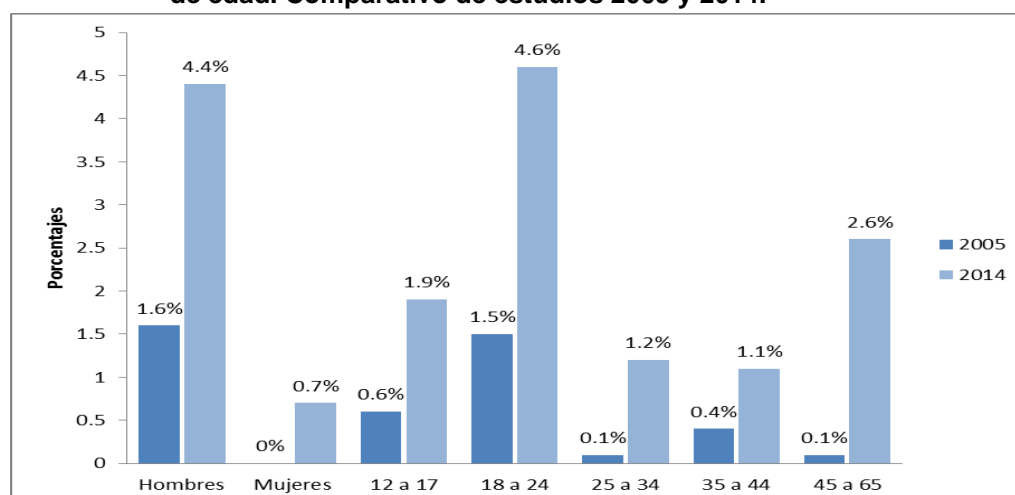


Fuente: Comisión Nacional Antidrogas. Estudio Nacional sobre el consumo de drogas en población general de El Salvador, 2014.

El consumo de tabaco se ha reducido en comparación con los resultados del 2005; para prevalencia de consumo reciente o en el último año pasó de 10.2% en el 2005 a un 7.7% en el 2014, lo cual podría ser explicado por la entrada en vigencia de la Ley de consumo de tabaco hace un par de años. El 31.9% de la población encuestada declaró haber fumado tabaco al menos alguna vez en la vida, siendo los hombres quienes han hecho mayor uso de dicha sustancia, 49.9% en hombres frente a un 18.6% en mujeres. El 50% de los encuestados declaró que inició el consumo de tabaco a los 16 años, mientras que un 25% inició a una edad que no superaba los 14 años. Tal como se aprecia en el Gráfico 4, el grupo de edad entre 18 y 24 años es donde se encuentra la mayor parte de fumadores con consumo actual (o en el último mes previo al estudio), siendo el Área Metropolitana de San Salvador donde se registra la mayor tasa de consumo reciente de tabaco, 6.4%, estimándose un total de 119,564 consumidores activos.

Respecto a las sustancias ilícitas, la encuesta evidenció un aumento en el consumo de cualquier droga ilícita entre ambos estudios (2005 y 2014), siendo la marihuana la droga ilícita más consumida en el país.

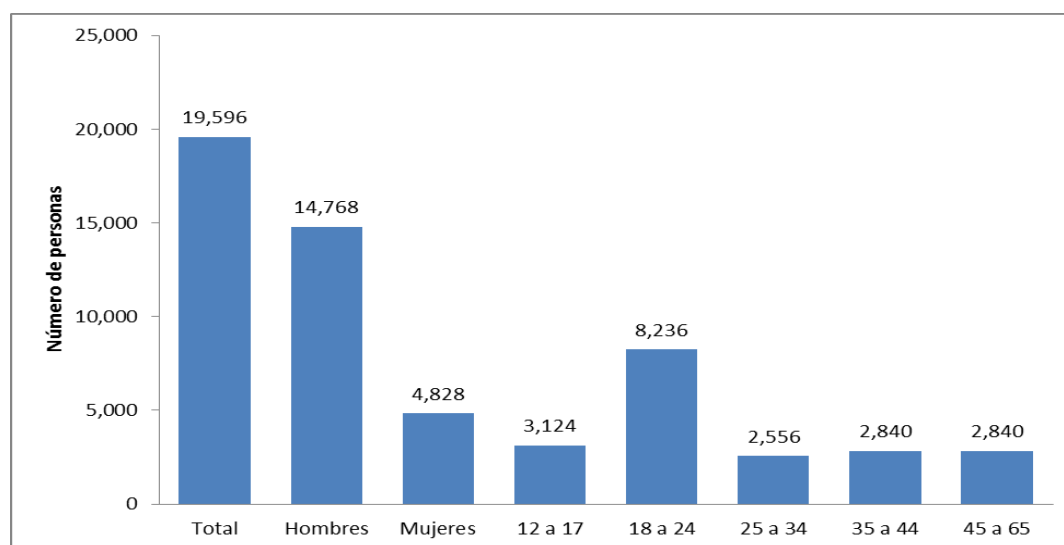
**Gráfico 4. Prevalencia de último año de cualquier droga, según sexo y grupo de edad. Comparativo de estudios 2005 y 2014.**



Fuente: Comisión Nacional Antidrogas. Estudio Nacional sobre el consumo de drogas en población general de El Salvador, 2014.

Asimismo, en el estudio se evaluó el abuso mediante la escala DSM-IV<sup>2</sup>, y la dependencia a través del CIE-10<sup>3</sup> de marihuana, cocaína y crack; se encontró que de la población que declaró consumo de cualquier droga ilícita en los últimos 12 meses, un 23.3% presenta uso perjudicial, ya sea como dependiente o abusador de cualquier droga; es decir, que de cada cinco usuarios de droga, uno presenta signos de abuso o dependencia. La población joven entre los 18 a 24 años de edad, es la que presenta mayor uso perjudicial de drogas (Véase Gráfico 5).

**Gráfico 5. Número de personas con abuso o dependencia de cualquier sustancia ilícita.**



Fuente: Comisión Nacional Antidrogas. Estudio Nacional sobre el consumo de drogas en población general de El Salvador, 2014.

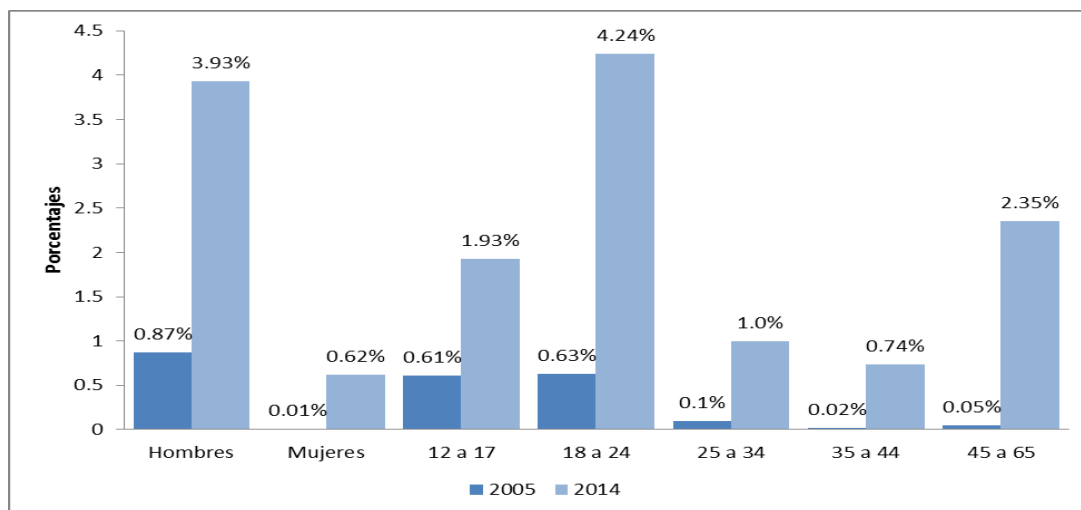
<sup>2</sup> DSM-IV: Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, American Psychiatric Association.

<sup>3</sup> CIE-10: Clasificación Internacional de Enfermedades, de la Organización Mundial de la Salud.

El Informe del Uso de Drogas en las Américas 2015, señala que es importante considerar la variabilidad de las estructuras demográficas de los distintos países, ya que a nivel mundial y para casi todas las sustancias psicoactivas, y sobre todo para las drogas ilícitas, los mayores niveles de consumo se encuentran en la población de 15 a 34 años de edad.

En relación al consumo de marihuana, al evaluar el indicador de “consumo reciente” se evidenció que se ha quintuplicado, pasando de 0.4%, en 2005, a un 2.3% en 2014. Como se muestra en el Gráfico 6., este aumento en el consumo de marihuana se da en hombres; entre los grupos de edad, el mayor consumo de marihuana se presenta en la población con edades entre los 18 y 24 años, con una prevalencia del 4.2%; le sigue el grupo de 45 a 65 años, con 2.4%; en ambos grupos se ubica alrededor del 70% de los consumidores del último año. El 50% de los que declararon haber usado cualquier droga ilícita, iniciaron su consumo a los 17 años de edad.

**Gráfico 6. Prevalencia de uso de marihuana en el último año, según sexo y grupos de edad.**



Fuente: Comisión Nacional Antidrogas. Estudio Nacional sobre el consumo de drogas en población general de El Salvador, 2014

El Estudio del 2014 reveló que entre las personas que han consumido marihuana en los últimos 12 meses, un 23.6% muestra signos de abuso o dependencia, siendo la relación, un poco mayor en la población femenina, es decir que las mujeres consumen menos, pero su patrón de uso es más perjudicial. Estas cifras permiten estimar un total de 17,892 personas con uso problemático de marihuana,

siendo hombres en su mayoría, y con edades entre los 18 y 24 años (Véase Tabla 19).

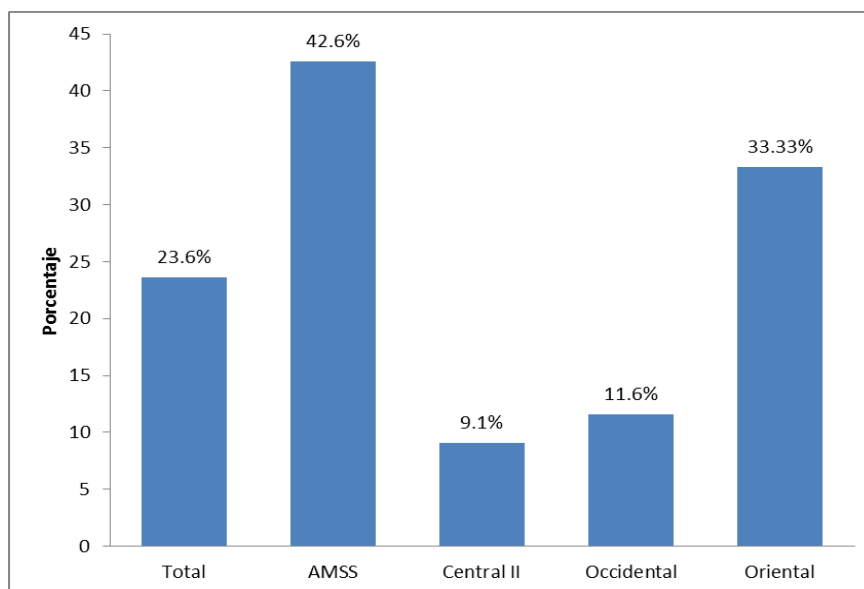
**Tabla 19. Porcentaje y número de personas con abuso o dependencia de Marihuana según sexo**

Sexo	Personas con abuso	Personas con dependencia	Abuso o dependencia	% respecto al total de la población	% respecto a consumidores último año
Hombres	4,260	9,088	13,348	0.84	21.36
Mujeres	1,704	2,840	4,544	0.21	34.04
Total	5,964	11,928	17,892	0.48	23.60

Fuente: Comisión Nacional Antidrogas. Estudio Nacional sobre el consumo de drogas en población general de El Salvador, 2014.

En el Gráfico 7 se presentan las cifras estimadas a nivel de zona geográfica. En el AMSS, se registra un mayor abuso o dependencia a la marihuana, tanto en relación a los consumidores del último año como en relación a la población que representan. Por otro lado, se estima que solamente en el AMSS se ubican 13,064 de las 17,892 personas en dicha categoría.

**Gráfico 7. Porcentaje de personas con abuso o dependencia de marihuana según zona geográfica.**



Fuente: Comisión Nacional Antidrogas. Estudio Nacional sobre el consumo de drogas en población general de El Salvador, 2014

En relación al consumo de cocaína, entre ambos estudios (año 2005 y 2014), se evidenció un aumento en el consumo de alguna vez en la vida, el cual pasó de

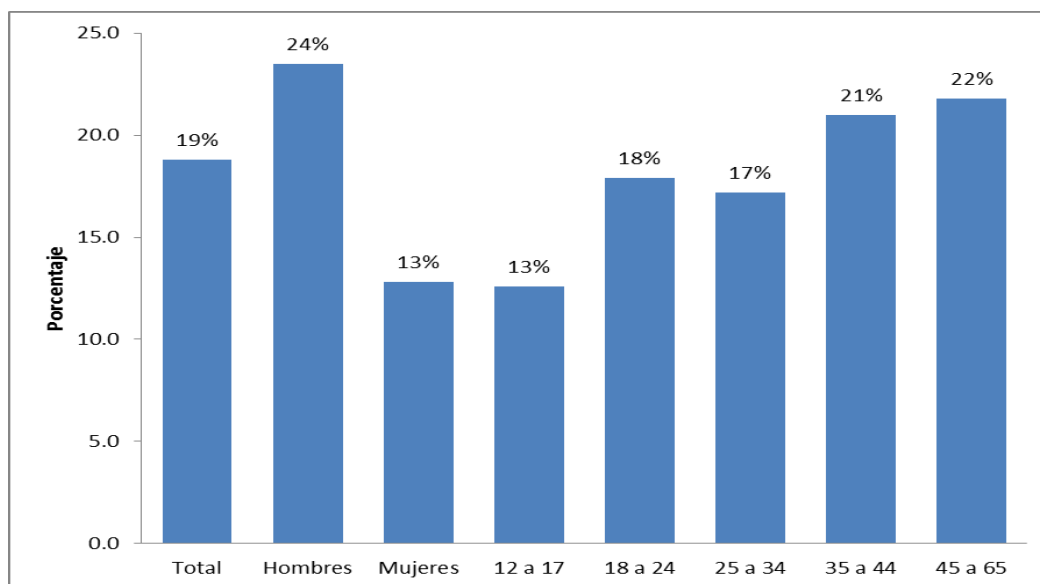
1.0% (2005) a un 2.7% (2014); el consumo en el último año pasó de 0.2%(2005) a un 0.3% (2014) y en el último mes se mantuvo con un 0.1% en ambos estudios. La cocaína es la segunda droga ilícita de mayor consumo en el territorio salvadoreño. Un 2.7% de la población declaró haberla consumido al menos una vez en su vida, siendo el consumo mucho mayor en hombres, 5.8% de los hombres y 0.5% de las mujeres; mientras que un 0.27% lo hizo en el último año y el 0.11% en el último mes. El consumo de cocaína se registra principalmente en población con edades entre los 18 y 24 años. El crack es la tercera sustancia que más se consume en el país, y también reportó una tendencia al aumento entre ambos estudios, pasando de un consumo de alguna vez en la vida de 0.4%(2005) a 1.1%(2014); en consumo en el último año pasó de un 0.1%(2005) a 0.2% (2014), y para consumo en el último mes de 0.0%(2005) a un 0.1%(2014) en población con edades entre los 12 y 65 años. Al igual que con las demás drogas, el mayor consumo de crack se presenta en la población masculina. El estudio en Hogares Año 2005, también indagó sobre el consumo de drogas sintéticas tales como: marihuana sintética, alucinógenos sintéticos, anfetaminas, metanfetaminas, GHB y ketamina; se encontró que un 2.2% de la población declaró haber consumido al menos una de estas sustancias alguna vez en su vida, siendo mayor el consumo en el sexo masculino, es decir, que de cada cuatro consumidores, tres son hombres y una es mujer.

Otros estudios en poblaciones específicas como el realizado en estudiantes universitarios en el año 2012, evidenció que el 61.1% de los estudiantes declaró haber usado alcohol al menos una vez en la vida, cifra que baja a 36.4% para el consumo en el último año, con diferencias significativas entre hombres y mujeres, 42% y 31.5% respectivamente.

Entre los consumidores de último año, el 19% de los universitarios califica como consumidor en riesgo o uso perjudicial de consumo de alcohol, siendo mayor entre los hombres. Prácticamente uno de cada cuatro universitarios hombres (24%) que declararon haber consumido alcohol durante el último año, presenta un uso de riesgo o perjudicial. En cambio, en las mujeres se tiene una cifra inferior a la de los hombres (13%). Cuando se evaluaron los signos de dependencia, el 11.3% de los

estudiantes que declararon haber consumido alcohol en el último año reportaron signos de dependencia al alcohol (Véase Gráfico 8).

**Gráfico 8. Porcentaje de universitarios con consumo riesgoso o perjudicial de alcohol, según sexo y rango de edad.**



Fuente: Comisión Nacional Antidrogas. Estudio Nacional sobre el consumo de drogas en población general de El Salvador, 2014

Excluyendo las sustancias como el alcohol, tabaco, tranquilizantes y estimulantes, en el estudio en universitarios (2012) se encontró que casi un 15% de los estudiantes declararon haber usado alguna droga ilícita al menos una vez en su vida, principalmente marihuana (11.8%), solventes (3.2%), cocaína (2.2%), hashis (0.9%), crack (0.4%), éxtasis y ketamina (0.2%). En cuanto al uso más reciente, el 3.9% expresó haber usado alguna droga en el último año, entre ellas la marihuana (3.3%), y con cifras inferiores al 1% el uso de solventes, cocaína, hashis, crack y alucinógenos.

Para concluir este apartado, es importante señalar que el estudio nacional sobre consumo de drogas realizado en El Salvador en el año 2014, en población general de 12 a 65 años de edad, reveló las siguientes prevalencias que se aprecian en la Tabla 20. En poblaciones específicas como la población universitaria, se cuenta con las prevalencias por sexo y edad, obtenidas en el Estudio realizado en Universitarios en el año 2012 (Tabla 21).

**Tabla 20. Prevalencias según sexo y edad. Estudio Nacional sobre Consumo de Drogas en Población General de 12 a 65 años de edad. 2014.**

Tipo de sustancia	Prevalencia (%)								
	Prevalencia Vida HOMBRES	Prevalencia Vida MUJERES	Prevalencia Vida TOTAL	Prevalencia Año HOMBRES	Prevalencia Año MUJERES	Prevalencia Año TOTAL	Prevalencia Mes HOMBRES	Prevalencia Mes MUJERES	Prevalencia Mes TOTAL
Alcohol	61.77	42.88	50.94	25.36	13.08	18.32	14.71	5.61	9.49
Tabaco	49.86	18.61	31.94	14.96	2.32	7.72	9.39	1.73	5.0
Tranquilizantes sin prescripción médica <sup>1</sup>	9.98	9.05	9.45	1.52	1.94	1.76	0.88	0.81	0.84
Estimulantes sin prescripción médica <sup>2</sup>	2.55	2.15	2.32	0.54	0.23	0.36	0.3	0.17	0.23
Inhalables	2.46	0.58	1.39	0.36	0.01	0.16	0.21	0.01	0.1
Marihuana	17.27	3.31	9.26	3.93	0.62	2.03	2.66	0.27	1.29
Cocaína (Clorhidrato)	5.75	0.5	2.74	0.54	0.07	0.27	0.2	0.04	0.11
Crack	2.36	0.23	1.13	0.38	0.07	0.2	0.16	0.01	0.08
Heroína	0.3	0.03	0.14	0	0	0	0	0	0
MDMA-Éxtasis <sup>3</sup>	0.29	0.05	0.15	0	0	0	0	0	0
Cualquier sustancia ilícita	18.34	4.04	10.14	4.39	0.66	2.25	2.8	0.3	1.36
Hachís	0.7	0.1	0.4						
Marihuana Sintética <sup>4</sup>	3.1	0.3	1.5						
Plantas Alucinógenas <sup>5</sup>	0.5	0.1	0.3						
Alucinógenos Sintéticos <sup>6</sup>	0.3	0	0.2						
Anfetaminas y/o Metanfetaminas <sup>7</sup>	0.4	0.1	0.2						
GHB <sup>8</sup>	0.18	0	0.08						
Ketamina <sup>9</sup>	0.36	0.61	0.5						
Pasta Base de cocaína (distinto a cocaína o crack)	0.7	0.1	0.3						
Inyectables <sup>10</sup>	0.3	0.1	0.2						
Analgésicos <sup>11</sup>	2.2	2.1	2.2						

Tipo de Sustancia	Prevalencia (%)								
	Prevalencia Vida 12-17	Prevalencia Vida 18-34	Prevalencia Vida 35-65	Prevalencia Año 12-17	Prevalencia Año 18-34	Prevalencia Año 35-65	Prevalencia Mes 12-17	Prevalencia Mes 18-34	Prevalencia Mes 35-65
Alcohol	22.3	54.3	55.9	6.2	20.9	19.5	2.5	10.4	10.7
Tabaco	17.2	32.6	35.6	5.4	9.0	7.6	2.3	6.9	4.3
Inhalables	1.0	1.6	1.4	0.2	0.3	0.1	0.2	0.1	0.1
Fármacos tranquilizantes	2.6	7.7	12.6	0.2	1.8	2.1	0.1	0.9	1.0
Fármacos estimulantes	1.7	2.3	2.6	0.1	0.5	0.3	0.0	0.3	0.2
Fármacos analgésicos	0.6	1.4	3.2						
Marihuana	4.9	10.3	9.8	1.9	2.4	1.9	0.7	1.1	1.7
Hachís	0.2	0.3	0.4						
Cocaína (Clorhidrato)	0.7	2.4	3.8	0.2	0.4	0.2	0.0	0.2	0.1
Cocaína (Pasta base/Paco/Basuco)	0.2	0.4	0.3						
Crack	0.1	1.1	1.4	0.1	0.2	0.2	0.0	0.1	0.1
Éxtasis	0.0	0.1	0.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Heroína	0.1	0.1	0.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Anfetaminas/Metanfetaminas	0.0	0.2	0.3						
GHB	0.0	0.0	0.1						
Ketamina	0.2	0.4	0.6						
Plantas/Hierbas alucinógenas	0.0	0.4	0.3						
Marihuana Sintética	1.1	1.7	1.5						
Alucinógenos sintéticos	0.2	0.2	0.1						
Drogas sintéticas	1.2	2.2	2.4						
Cualquier droga ilícita	5.3	11.0	11.0	1.9	2.6	2.2	0.7	1.1	1.8

Fuente: Estudio Nacional sobre consumo de drogas en población general de El Salvador, 2014.

<sup>1</sup> Alprazolam, Diazepam, Flunitracepam, Bromazepam, Ansiogen, Clonazepam, Lorazepam, Zolpidem, Midazolam.

<sup>2</sup> Metilfenidato, Fentermina, Anfetamina, Hidrocloruro de metilfenidato, Anfeparamona, Fenproporex.

<sup>3</sup> Se investigó el uso de MDMA como: Éxtasis, Adam, X-TC

<sup>4</sup> Spice, K2, Kronic, etc.

<sup>5</sup> Peyote, San Pedro, Ayahuasca, Floripondio o similares.

<sup>6</sup> LSD, PCP o similares, Peyote o Mescalina y Psilocibina.

<sup>7</sup> Hielo, Pepas, Cristal, Pastis, Meta, Speed.

<sup>8</sup> G, Blue Nitro, Cherry Meth, Heroína del pobre, Éxtasis líquido.

<sup>9</sup> K o K especial, Vitamina K.

<sup>10</sup> Se indago sobre el uso de inyectables como: alcohol, cocaína, anfetaminas/metanfetaminas, heroína, morfina, petidina o similares, otras.

<sup>11</sup> Codeína, Hidrocodona, Vicodin, Metadona, Morfina, Petidina, Tramal o similares.

**Tabla 21. Prevalencias según sexo y edad. Estudio Nacional sobre Consumo de Drogas en Universitarios. 2012.**

Tipo de sustancia	Prevalencia (%)								
	Prevalencia Vida HOMBRES	Prevalencia Vida MUJERES	Prevalencia Vida TOTAL	Prevalencia Año HOMBRES	Prevalencia Año MUJERES	Prevalencia Año TOTAL	Prevalencia Mes HOMBRES	Prevalencia Mes MUJERES	Prevalencia Mes TOTAL
Alcohol	68.1	55.0	61.1	42.0	31.5	36.4	23.0	14.9	18.6
Tabaco	51.2	27.7	38.4	27.9	10.8	18.7	19.3	6.0	12.1
Tranquilizantes sin prescripción médica <sup>1</sup>	7.5	7.4	7.5	1.6	2.5	2.1	0.3	0.6	0.4
Estimulantes sin prescripción médica <sup>2</sup>	3.2	1.8	2.4	0.7	0.7	0.7	0.7	0.7	0.7
Inhalables	3.4	3.1	3.2	0.4	0.4	0.4	0.1	0.3	0.2
Marihuana	19.4	5.4	11.8	4.7	2.1	3.3	1.3	0.2	0.7
Cocaína (Clorhidrato)	4	0.8	2.3	0.4	0.4	0.4	0.3	0.1	0.2
Crack	0.8	0	0.4	0.1	0	0	0.1	0	0
MDMA-Éxtasis <sup>3</sup>	0.3	0	0.2	0.1	0	0	0	0	0
Cualquier sustancia ilícita	22.5	8.6	14.9	5.3	1.5	3.9	1.5	0.6	1.0
Hachís			0.9			0.1			0
Plantas Alucinógenas			0.3			0.1			0
Ketamina <sup>4</sup>			0.2			0			0

Tipo de Sustancia	Prevalencia (%)								
	Prevalencia Vida 16-17	Prevalencia Vida 18-34	Prevalencia Vida 35+	Prevalencia Año 16-17	Prevalencia Año 18-34	Prevalencia Año 35+	Prevalencia Mes 16-17	Prevalencia Mes 18-34	Prevalencia Mes 35+
Alcohol	39.4	61.1	64.8	26.3	36.7	32.5	8.1	18.6	22.8
Tabaco	30.7	38.3	43.3	21.4	18.8	15.3	17.5	12.0	12.2
Fármacos tranquilizantes	13.7	7.0	14.7	0.8	2.2	0.7	0.0	0.5	0.1
Fármacos estimulantes	1.2	2.4	3.8	0.0	0.6	2.8	0.0	0.6	2.8
Inhalables	4.7	3.1	4.4	0.4	0.4	0.0	0.0	0.2	0.0
Marihuana	6.9	11.8	14.0	3.7	3.5	0.0	0.9	0.8	0.0
Cocaína (Clorhidrato)	1.8	2.2	2.6	0.6	0.5	0.0	0.0	0.2	0.0
Crack	0.3	0.4	0.4	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Éxtasis	0.3	0.2	0.0	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0
Heroína	0.0	0.0	0.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Cualquier droga ilícita	16.4	14.8	17.3	4.7	4.1	0.0	1.1	1.1	0.0
Hachís	0.3	0.9	1.3	0.3	0.1	0.0	0.3	0.0	0.0
Plantas/Hierbas alucinógenas	1.3	0.3	0.4	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0
Ketamina	4.2	0.1	0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

Fuente: Estudio Nacional sobre consumo de drogas y de otras problemáticas en población estudiantil universitaria de El Salvador, 2012.

<sup>1</sup> Alprazolam, Diazepam, Flunitracepam, Bromazepam, Ansiogen, Clonazepam, Lorazepam, Zolpidem, Midazolam.

<sup>2</sup> Metilfenidato, Fentermina, Anfetamina, Hidrocloruro de metilfenidato, Anfepramona, Fenproporex.

<sup>3</sup> Se investigó el uso de MDMA como Éxtasis, Adam, X-TC

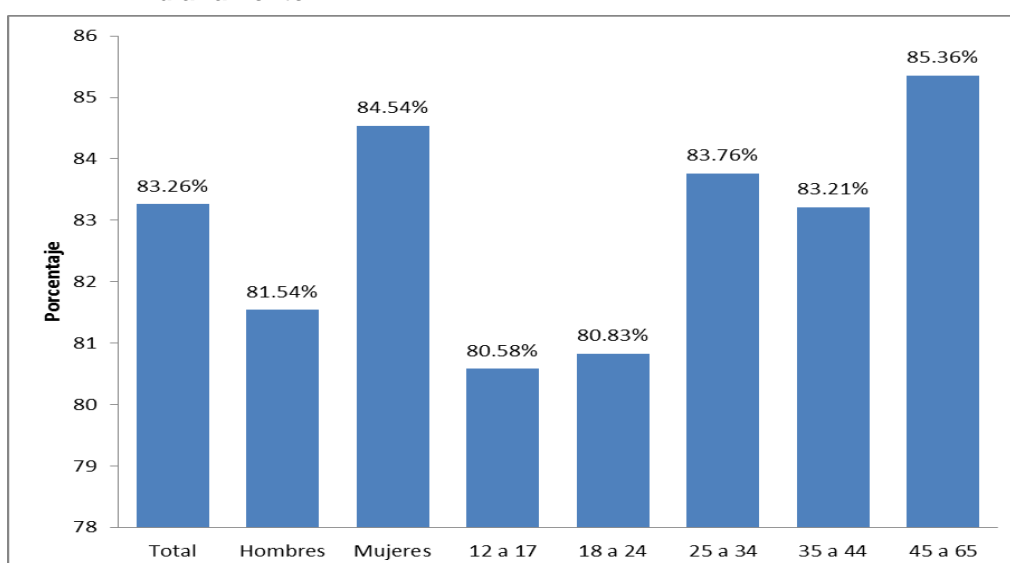
<sup>4</sup> K o K especial, Vitamina K.

- **Factores asociados al consumo de drogas**

### Percepción de Riesgo

La percepción de riesgo del uso de drogas es una medida de cómo la población evalúa el daño que la ingesta de las sustancias traerá aparejado para el sujeto. El daño puede ser físico, psíquico, en los vínculos familiares y sociales, en la capacidad de la persona para desarrollarse integralmente. El consumo de sustancias está fuertemente influenciado por la percepción de riesgo que se tenga de ellas, aunque no en todos los casos. En el estudio en población general del año 2014, se incluyeron preguntas alusivas al riesgo percibido frente al consumo frecuente de bebidas alcohólicas, tabaco y medicamentos sin prescripción médica, así como el uso experimental y frecuente de marihuana, cocaína, crack, pasta base y éxtasis. Al indagar sobre la percepción del Gran Riesgo al consumir cinco o más tragos de alcohol diariamente, a nivel nacional, se evidenció que el 83.3% de la población encuestada percibe el consumo de alcohol diariamente como de Gran Riesgo, siendo esta percepción ligeramente superior en las mujeres. Al analizar los datos sobre la percepción de riesgo según grupos de edad, la menor percepción de riesgo de consumir cinco o más tragos de alcohol diariamente se encontró en los menores de edad, y se incrementa, ligeramente, conforme aumenta la edad (Véase Gráfico 9).

**Gráfico 9. Percepción de Gran Riesgo de consumir cinco o más tragos de alcohol diariamente.**



Fuente: Comisión Nacional Antidrogas. Estudio Nacional sobre el consumo de drogas en población general de El Salvador, 2014.

### **Facilidad de acceso y oferta de drogas**

En los estudios sobre consumo de drogas realizado en población general (2014) y población universitaria (2012), se incluyeron preguntas para indagar que tan fácil le es a una persona conseguir marihuana, cocaína, crack, MDMA-éxtasis y heroína; y la oferta recibida en el último año. El estudio en población general, reportó que el 52.2% de la población entre los 12 y 65 años, consideran que es fácil conseguir marihuana esta percepción fue mayor entre los hombres; un 35.25% considera fácil conseguir cocaína; el 26.95% dijo que le es fácil conseguir crack; y el 11.8% y 11.2% éxtasis y heroína respectivamente. Por otra parte, el 6.74% manifestó haber recibido oferta de marihuana hace más de un mes pero menos del año, siendo los hombres los que declararon mayor oferta. La mayor oferta de marihuana se reportó en las edades entre 12 a 24 años, y se da en el AMSS y en la Zona Oriental. Asimismo, el 3.25% dijo que le ofrecieron cocaína en el último año, y la mayor oferta de cocaína fue para jóvenes de 18 a 24 años de edad residiendo en el AMSS. En cuanto al crack, el 2.21% aseguró haber recibido oferta de crack en el último año y especialmente jóvenes entre 18 y 24 años de edad, que habitan en el AMSS. Para el éxtasis y heroína, se declaró oferta en el último año con 1.2% y 1.1% en jóvenes de 12 a 24 años que residen en el AMSS.

Para el caso de estudiantes universitarios, el 35.3% declaró que recibió oferta de marihuana en los últimos 12 meses previo al estudio, y fue en el segmento de estudiantes menores de 18 años donde se tuvo la mayor oferta de marihuana. En cuanto a la cocaína el 7.1% declaró que le ofrecieron en el último año. En relación a la oferta de marihuana durante los últimos 30 días previos al estudio, los universitarios con edades de 23 y 24 años de edad, fueron a los que más les ofrecieron esta droga (Véase Tabla 22).

**Tabla 22. Porcentaje de universitarios que perciben que es fácil conseguir marihuana, y Porcentaje que ha recibido oferta de marihuana, según grupos de edad (años).**

<b>Grupos de edad</b>	<b>% Fácil conseguir</b>	<b>% Ofrecieron últimos 30 días</b>	<b>% Ofrecieron últimos 12 meses</b>
18 y menos	35.0	9.9	61.4
19-20	40.9	12.1	43.4
21-22	36.4	9	33.6
23-24	33.2	18.5	37.8
25 y más	30.4	8.2	19.1
<b>Total</b>	<b>35.2</b>	<b>10.9</b>	<b>35.3</b>

Fuente: Comisión Nacional Antidrogas, Informe Final Estudio Nacional sobre Consumo de Drogas y de otras problemáticas en Población Estudiantil Universitaria El Salvador, 2012.

- **Accidentes de tránsito bajo la influencia de alcohol y otras drogas**

En su resolución 64/255, 1 de marzo de 2010, la Asamblea General de las Naciones Unidas proclamó el periodo 2011-2020 «Decenio de Acción para la Seguridad Vial», con el objetivo general de estabilizar y, posteriormente, reducir las cifras previstas de víctimas mortales en accidentes de tránsito en todo el mundo aumentando las actividades en los planos nacional, regional y mundial.

La resolución pide a los Estados miembros que lleven a cabo actividades en materia de seguridad vial, particularmente en los ámbitos de la gestión de la seguridad vial, la infraestructura viaria, la seguridad de los vehículos, el comportamiento de los usuarios de las vías de tránsito, la educación para la seguridad vial y la atención después de los accidentes. Asimismo, se señala que las metas nacionales relativas a la esfera de actividades deben ser fijadas por cada Estado miembro y deben ir en consonancia con las metas del Plan Mundial para el Decenio de Acción para Seguridad Vial, siendo esencial que se disponga de legislación relativa a la seguridad vial, que tiene que estar lo más armonizada posible entre los países.

Según se indica en el Plan Mundial para el Decenio de Acción para la Seguridad Vial 2011-2020, cada año, cerca de 1,3 millones de personas fallecen como consecuencia de un accidente de tránsito (más de 3,000 defunciones diarias) y más de la mitad de ellas no viajaban en automóvil. Entre 20 y 50 millones de

personas sufren traumatismos no mortales provocados por accidentes de tránsito, y éstos constituyen una causa importante de discapacidad en todo el mundo. El 90% de las defunciones por accidentes de tránsito tienen lugar en los países de ingresos bajos y medianos, donde se encuentran menos de la mitad de los vehículos matriculados en todo el mundo. Entre las tres causas principales de defunciones de personas de 5 a 44 años figuran los traumatismos causados por accidentes de tránsito. Según las previsiones, si no se adoptan medidas inmediatas y eficaces, dichos traumatismos se convertirán en la quinta causa mundial de muerte, con unos 2,4 millones de fallecimientos anuales. Ello se debe, en parte, al rápido aumento del mercado de vehículos de motor sin que haya mejoras suficientes en las estrategias sobre seguridad vial ni la planificación del uso del territorio. Se ha estimado que las colisiones de vehículos de motor tienen una repercusión económica del 1% al 3% en el Producto Nacional Bruto respectivo de cada país, lo que asciende a un total de más de USD 500 000 millones. La reducción del número de heridos y muertos por accidentes de tránsito mitigará el sufrimiento, desencadenará el crecimiento y liberará recursos para una utilización más productiva.

El Salvador cuenta con la Ley de Tránsito Terrestre y Seguridad Vial y su Reglamento, que contienen el marco legal para el transporte terrestre, tránsito y seguridad vial. En el artículo 66 de dicha Ley, se establece que “Todo conductor de vehículos automotores está obligado, cuando la autoridad competente lo requiera, a someterse a las pruebas que se establezcan para la detección de las posibles intoxicaciones por alcohol, drogas, estimulantes o estupefacientes u otras sustancias análogas. La autoridad competente estará facultada para ordenar la realización de las pruebas para detectar dichas sustancias. La negativa al sometimiento de las mismas, es una presunción de intoxicación, así como los procedimientos a seguir en los casos en que el conductor se le compruebe intoxicación por alcohol, drogas, estimulantes, estupefacientes u otras sustancias análogas”.

En el Reglamento de dicha Ley, se establece en los artículos 170, 171 y 172, las prohibiciones a los conductores de vehículos sobre ingerir bebidas embriagantes o drogas mientras se encuentren conduciendo, así como las penas impuestas por el incumplimiento de dicha disposición. Esta Ley establece los límites de alcohol en

sangre<sup>4</sup> que permiten determinar el estado en el que se encuentra un individuo por haber ingerido alcohol, así como las disposiciones para considerar que es un conductor temerario, en estado de ebriedad o bajo los efectos de drogas o sustancias enervantes ilegales.

Estas pruebas conocidas como “pruebas antidoping”, consisten en determinar la presencia de alcohol u otras drogas, en los conductores de vehículos automotores. La determinación de alcohol se realiza a través de aparatos de alcohotest que miden el porcentaje de alcohol en la sangre, la diferencia es que, en vez de muestras de sangre, estos instrumentos capturan los vapores de alcohol que se encuentran en los pulmones, presentes por la evaporación del alcohol en la sangre, a través de la exhalación. La determinación de drogas se realiza a través de pruebas rápidas de Inmunoensayo Cromatográfico de flujo lateral, con muestras de orina detectando metabolitos de las drogas y a través de saliva para determinar que anda bajo los efectos de la droga.

Todos estos procedimientos son realizados con base legal: Ley de Transporte Terrestre, Tránsito y seguridad Vial, Capítulo II De Los Conductores, Art. 66.; Reglamento General de Tránsito y Seguridad Vial, Capítulo III, De Las Prohibiciones y Deberes Para Los Conductores De Vehículos en General, Art.170, 171,172; Código Penal, Art. 147 E. El personal autorizado para realizar este tipo de Pruebas son las autoridades de tránsito adiestrados en el uso de equipos de Alcohotest (PNC Tránsito y Médicos o Técnicos de VMT) según el Reglamento General de Tránsito y Seguridad Vial, Capítulo III, De Las Prohibiciones y Deberes Para Los Conductores De Vehículos en General, Art.170.

En este contexto, según los registros de la Subdirección de Tránsito Terrestre de la Policía Nacional Civil, durante el período 2009 a 2014, se detuvo a un total de 6,309 personas por conducir un vehículo bajo los efectos del alcohol y otras drogas como se observa en la Tabla 23.

---

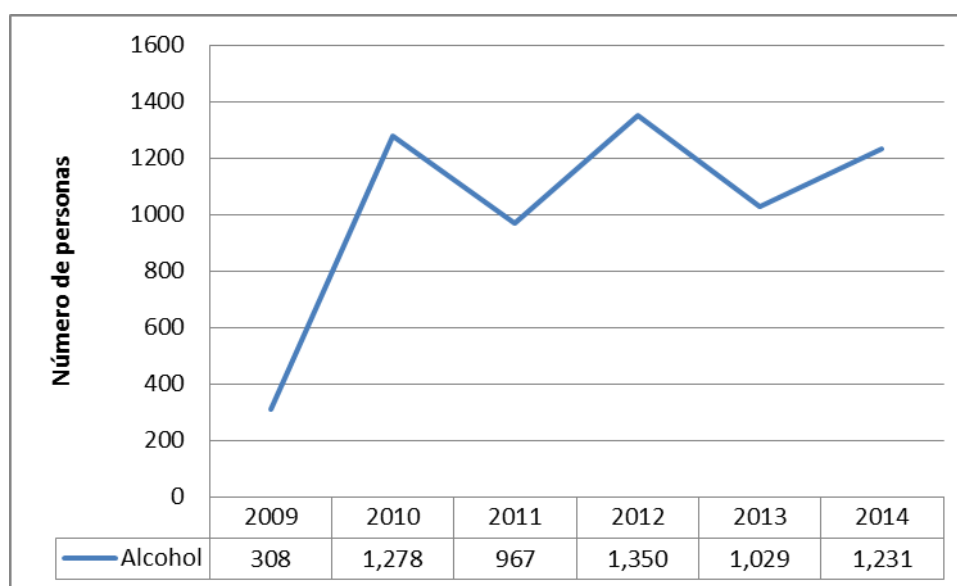
<sup>4</sup> Límite de concentración en la sangre para determinar si una persona conduce bajo los efectos de alcohol: 1) Si la concentración de alcohol en la sangre es menor de cincuenta miligramos por cada cien mililitros de sangre (0.05%) se está en estado de sobriedad; 2) Si la concentración de alcohol en la sangre es igual o mayor a cincuenta miligramos de alcohol por cada cien mililitros de sangre (0.05%), pero menor que cien miligramos de alcohol por cada cien mililitros de sangre (0.10%), se está en estado de preebriedad; 3) Si la concentración de alcohol en la sangre es mayor que cien miligramos de alcohol por cada cien mililitros de sangre (0.10%), se está en presencia de un estado de haber ingerido licor o ebriedad.

**Tabla 23. Conductores detenidos por tipo de droga período 2009-2014**

Droga	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Alcohol	308	1,278	967	1,350	1,029	1,231
Cocaína	17	29	14	15	10	18
Marihuana	5	16	5	6	8	3

Fuente: Subdirección de Tránsito Terrestre, Policía Nacional Civil

Del total de detenidos en el período, el 97.7% de los conductores estaban en estado de ebriedad, mientras que el 1.6% había usado cocaína y un 0.7% marihuana. La mayor incidencia detectada en los conductores detenidos estaba relacionada con el uso de alcohol, con una tendencia hacia el alza en el año 2014 (Véase Gráfico 10).

**Gráfico 10. Conductores detenidos bajo los efectos del alcohol**

Fuente: Subdirección de Tránsito Terrestre de la Policía Nacional Civil

En el Art.75 de la Ley de Tránsito Terrestre y Seguridad Vial, se establece que la Dirección General de Tránsito en coordinación con la División de Tránsito Terrestre de la Policía Nacional Civil, llevarán un registro público de licencias de conducir y un control de infracciones y participación en accidentes de tránsito; además, el Art. 97 de dicha Ley establece que la Dirección General de Tránsito por medio de la División de Tránsito Terrestre de la Policía Nacional Civil, llevará un registro técnico y estadístico de los accidentes de tránsito constatados. Como se observa en la

Tabla 24, los registros de la Subdirección de Tránsito Terrestre, muestran que durante el periodo del 2009 al 2014 hubo un total de 2,640 accidentes causados por conductores en estado de ebriedad o drogas; y hubo un total de 2,122 personas lesionadas y 102 personas fallecidas.

**Tabla 24. Causas que provocaron los accidentes de tránsito con lesionados y fallecidos, período 2009 – 2014.**

<b>Causa</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>TOTAL</b>
Accidentes por estado de ebriedad o droga	532	508	509	520	532	571	2,640
Lesionados en estado de ebriedad o droga	441	334	396	401	476	515	2,122
Fallecidos en estado de ebriedad o droga	38	15	14	21	27	25	102

Fuente: Subdirección de Tránsito Terrestre. Policía Nacional Civil.

- **Áreas de Prevención, Tratamiento y Rehabilitación**

#### **Programas de Prevención**

De acuerdo con la información general que expone la Comisión Nacional Antidrogas, en el país se implementan diferentes programas de prevención; sin embargo, no se dispone de evidencia empírica del efecto de estos programas, ni de cuáles de ellos corresponden a las mejores prácticas en términos de la disminución de la incidencia y prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas. Los programas de tipo universal, selectivo e indicado, presentados en el Informe de país: Evaluación del progreso del control de drogas 2007- 2009, son los siguientes: Parvularia, Educación Básica, Programa de estudio de tercer ciclo, asignatura Ciencia, Salud y Medio Ambiente; Gestión integral ciudadana, Mediación escolar, Intervención y asistencia psicológica, Habilidades para la vida y prevención de drogas, No más violencia y Drogodependencia (CICAD, 2011).

En la actualidad se implementan en El Salvador programas de prevención dirigidos a población escolar y universitaria, así como a personas en condiciones de suspensión de libertad. Entre estos programas se citan la asignatura “Ciencia, Salud y Medio Ambiente” que está inserta en el currículo nacional; el programa “Gestión Integral de la Ciudadanía” y el programa “Habilidades para la Vida”. Cabe mencionar que el resto de la población no está atendida con especificidad. Adicionalmente, no se reporta información relacionada con el desarrollo de mecanismos de evaluación de estos programas (CICAD, 2010). Asimismo, en

coordinación con el Ministerio de Salud y Ministerio de Justicia y Seguridad Pública, se refuerza la temática con estudiantes, madres y padres de familia en horario extracurricular, por medio de programas tales como “Familias Fuertes” en centros escolares de diez municipios priorizados con altos índices de violencia.

De acuerdo con los informes de la Comisión Nacional Antidrogas, se avanza en el fomento de la prevención, pero esto no se ha evaluado. Para el año 2010 la CNA reportó los siguientes logros:

- El financiamiento de USD 5.000 por parte de CICAD/OEA para la ejecución del proyecto: “Implementación de prevención de drogas en el currículo de técnico y tecnólogo en enfermería del Instituto Especializado de Educación Superior de Profesionales de la Enfermería de El Salvador (IEPROES)”.
- En coordinación con la Oficina de las Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito (UNODC), se planificó y llevó a cabo el contenido del seminario “Prevención y tratamiento en el uso de drogas” dirigido a representantes de las Comisiones Nacionales Antidrogas de Centroamérica.
- El lanzamiento de la “Campaña Preventiva del Consumo de Drogas”, consistente en cuñas radiales; dicha campaña fue dirigida a jóvenes adolescentes cuyo objetivo fue concientizarlos sobre el riesgo del uso de drogas.

El Salvador tampoco dispone de reportes oficiales sobre la cantidad de programas de prevención del consumo de SPA que se implementan; ni hay informes sobre los resultados de los procesos de evaluación y monitoreo de tales programas.

A la fecha, el Observatorio Salvadoreño sobre Drogas (OSD, 2015) reporta que la población objetivo de los programas del Ministerio de Educación es: niñez; adolescencia y juventud escolarizada; docentes, padres y madres de familia, y técnicos educativos. Las principales actividades en prevención están relacionadas con: enfoque de prevención del consumo de drogas en el currículo nacional, capacitación de docentes, materiales educativos con contenidos de prevención del consumo de drogas, capacitación de líderes juveniles sobre habilidades para la vida y prevención del consumo de drogas, educación entre pares y la Estrategia nacional de prevención con la participación del Ministerio de Salud, Ministerio de

Trabajo, otras Organizaciones Gubernamentales y Organizaciones no Gubernamentales (Observatorio Salvadoreño sobre Drogas, 2015).

La Secretaría Ejecutiva de la CICAD, con el apoyo del Gobierno de Japón logró implementar una iniciativa de alianzas con universidades de América Latina y El Caribe desde 1997 hasta 2004, seguido por el Gobierno de los Estados Unidos y Canadá hasta el año 2014 (Musayón-Oblitas, et al., 2015). Hoy en día este proyecto ha contado con la participación de más de 200 Escuelas y Facultades pertenecientes a todos los países de América Latina y el Caribe, en las siguientes áreas académicas: Enfermería, Salud Pública, Educación, Medicina, Bioanálisis Clínico, Psicología, Trabajo Social, Comunicación Social y Derecho. Los componentes principales del proyecto son: (i) Educación: formación del profesorado en temas de drogas, desarrollo curricular con contenido de drogas, sistemas de monitoreo y evaluación; (ii) Actividades de Extensión: implementación de actividades de promoción y prevención del consumo de drogas en grupos de alto riesgo a nivel comunitario; (iii) Investigación: desarrollo de estudios de drogas de acuerdo con las prioridades de los países.

En El Salvador, gracias a esta cooperación de la SE/CICAD, se han desarrollado diferentes proyectos en conjunto con algunas universidades, en las áreas de Educación y Salud (Observatorio Salvadoreño sobre Drogas, 2015). Entre las universidades participantes se citan: la Universidad de El Salvador (UES), la Universidad Evangélica de El Salvador (UEES) y la Universidad Cristiana de las Asambleas de Dios (UCAD); estos proyectos fueron ejecutados en alianza con la CNA. En el área de educación se insertó la temática de drogas como eje transversal en los planes de estudio de algunas carreras y se definió la temática “Drogas” como una línea de investigación institucional; se implementaron planes de supervisión en aquellas asignaturas que tenían incorporado el componente de drogas en sus programas académicos; además, se diseñó una Guía sobre Metodología para la enseñanza de la temática de drogas en las carreras de la salud y se desarrollaron programas de capacitación docente. En el área de investigación se realizaron diferentes estudios, tanto en investigación en cátedra como institucional, por citar algunos: Factores que incidieron en el consumo de drogas lícitas e ilícitas (Rivas, 2007); Factores de riesgo y protección del consumo

de drogas entre estudiantes universitarios salvadoreños (Rivera, 2007); Exploración de modelos predictivos de consumo de tabaco en adolescentes salvadoreños (Alfaro & Lizano, 2009); Consumo de drogas psicoactivas lícitas e ilícitas en estudiantes universitarios (Bautista, 2010); Percepción del personal de salud sobre la calidad de la atención de adolescentes que abusan de drogas (Juárez, García & Marquina, 2012); Evaluación del “Programa Educación para la Vida” en la prevención del consumo de drogas en estudiantes de Tercer Ciclo y Bachillerato (Bautista, 2013). En la línea de extensión las acciones se enfocaron en el área de prevención, la cual estuvo dirigida a los niños, niñas y adolescentes de las escuelas públicas aledañas a las universidades, ejecutando proyectos enfocados en salud mental, deportes y otras actividades recreativas para dicha población.

Entre algunos de los resultados de este esfuerzo se citan:

- Año 2006: participación de las universidades en el taller “El fenómeno de las drogas desde la perspectiva de la salud internacional”, realizado en Cartagena de Indias, Colombia. En dicha reunión se compartieron experiencias en la aplicación de la perspectiva de la salud internacional en materia de drogas y se exploraron formas para aumentar la cooperación y la investigación entre las diferentes disciplinas académicas.
- Año 2008: firma de una Carta de Entendimiento entre el Comité Coordinador del Proyecto y la Comisión Nacional Antidrogas; evento que se llevó a cabo en la ciudad de San Salvador, El Salvador, evento bajo el lema “Reunión de integración de las Escuelas de Salud Pública, Enfermería, Medicina y Educación en el área de investigación sobre el fenómeno de las drogas desde la perspectiva de la Salud Internacional”; contando con la participación de representantes de diversas universidades de América Latina. La sede del evento fue la Universidad Evangélica de El Salvador.
- Año 2009: participación de la Universidad Evangélica de El Salvador, la Universidad de El Salvador y la Universidad Cristiana de las Asambleas de Dios, en una reunión Internacional de Escuelas de Medicina, realizada en Ciudad de Guatemala, convocada por la CICAD/OEA.
- Año 2010 a la fecha:

Entrenamiento y capacitación de docentes universitarios como investigadores del fenómeno de drogas desde la perspectiva de la salud internacional, programa de formación que combinó las modalidades online y presencial, siendo facilitado por el Centro de Adicciones y Salud Mental de Toronto, Canadá (CAMH) y la Universidad de Riberáo Preto (Brasil). Este programa ha permitido la realización de estudios multicéntricos y locales relacionados con el fenómeno de las drogas, entre ellos: La asociación entre el abuso de drogas de adultos y el maltrato durante la niñez en los estudiantes que asisten a siete universidades de cinco países de América Latina y un país en el Caribe (Longman-Mills, et al., 2013); El papel de las relaciones familiares, la espiritualidad y el entretenimiento en la moderación de influencia de los pares y el consumo de drogas entre los estudiantes de ocho universidades de cinco países de América Latina y tres del Caribe (Morera, et al., 2014); Uso de drogas en estudiantes de una universidad de El Salvador y su relación con el maltrato durante la niñez (Amaya, et al. 2015). Las universidades participantes han propiciado el desarrollo de otras actividades de prevención como torneos deportivos, escuelas de fútbol para niños de escasos recursos en condiciones de vulnerabilidad de consumo, y concursos orientados a la prevención.

- Año 2013: del 17 al 19 de junio, la CICAD en conjunto con la Universidad de Costa Rica (UCR) impulsó la unión y la contribución de los profesionales de la salud de la región y áreas relacionadas, así como de los investigadores de los consejos nacionales de drogas y de las universidades, formando un grupo de expertos en materia de drogas que conjuntamente pudieran desarrollar la producción de la mejor evidencia científica disponible para las Américas, y específicamente para la región centroamericana, así como para cada país. Frente a esta necesidad, la CICAD/SRD/OEA y la Universidad de Costa Rica – Escuela de Enfermería - Programa de Colaboración para la Investigación de Enfermería Basada en la Evidencia (CIEBE- CR), propusieron organizar la primera reunión regional con representantes de las universidades de Centroamérica, de los Consejos Nacionales de Drogas, con los ex-participantes del programa de capacitación en investigación de la CICAD-CAMH para América Latina y el Caribe, y representantes del Centro de Adicciones y Salud Mental-CAMH/Canadá, para discutir la posibilidad de la creación del primer “Centro Académico de Colaboración

de Evidencia Científica sobre Drogas en América Central-CACEDAC”. Dicho evento contó con la participación de las Comisiones Nacionales Antidrogas de cada país participante y de las siguientes universidades:

-El Salvador: Universidad Evangélica de el Salvador (UEES); Universidad de El Salvador (UES).

-Honduras: Universidad Autónoma de Honduras; Universidad Pedagógica Nacional Francisco Morazán.

-Guatemala: Universidad de San Carlos.

-Nicaragua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua (UNANLEON).

-Panamá: Universidad de Panamá

-Costa Rica: Universidad Nacional de Costa Rica.

Cabe aclarar que a la fecha el Proyecto CACEDAC no se ha implementado.

## PUBLICACIONES E INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS

Para considerar el estado actual de la evolución de los programas de prevención del consumo de drogas en El Salvador, se ha realizado una indagación sobre el grado de avance que en investigación se ha desarrollado en esta materia en el país, y es claro para los responsables de la salud pública que el diseño, seguimiento y evaluación de los programas de prevención es una falencia importante en las políticas sobre drogas, no solo en El Salvador, sino en la mayor parte de países de Latinoamérica, Centroamérica y El Caribe insular.

El informe sobre el uso de drogas en las Américas realizado por la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas de la Organización de Estados Americanos en el año 2011, muestra que los indicadores de reducción de la oferta y reducción de la demanda se han mantenido o incrementado en la última década en los diferentes países de la región, y estos resultados exigen valorar la eficacia y pertinencia de las acciones que en cada país se ejecutan (CICAD, OEA 2011).

El consumo de drogas y sus consecuencias representan uno de los temas que más preocupa a la población general y una seria amenaza para la convivencia social. De ahí que la cuestión básica que se debe plantear es hasta dónde, con las acciones que se ejecutan, se está contribuyendo a concientizar a la sociedad sobre

el fenómeno de las drogas, es decir, si el Plan o Estrategia Nacional que se implementa es un instrumento eficaz de concientización y un cauce efectivo de participación social en las tareas de reducción de la oferta y reducción de la demanda. En la actualidad, el panorama del consumo de drogas en El Salvador, de acuerdo con los registros oficiales, tiende a la alza (CNA, 2014).

De otra parte, según el primer estudio sobre consumo de drogas y de otras problemáticas en población estudiantil de cinco universidades de El Salvador, realizado en el 2010, el 70.8% de los estudiantes universitarios declaran haber consumido algún tipo de drogas a lo largo de su vida, un 45.1% de los estudiantes consumieron alguna droga legal o ilegal en el último año. Excluyendo el alcohol y el tabaco, los resultados de este estudio demuestran que las drogas ilegales más consumidas en el 2009 fueron: la marihuana con 3.3%; solventes, 0.7%; cocaína con 0.6%; y hachís, con algo más del 0.5%. En cuanto a tranquilizantes, estimulantes y analgésicos, el 7.8% de los universitarios declaró el consumo de tranquilizantes alguna vez en su vida (CNA, 2013). Cabe señalar que al comparar el consumo de drogas legales (alcohol y tabaco) frente al consumo de drogas ilegales (marihuana, cocaína, hachís, etc.), la diferencia de prevalencia de consumo es significativa, lo que permite visualizar que son las drogas legales como el alcohol y el tabaco, las que más problemas sociales, familiares e individuales ocasionan en la población joven de El Salvador. La prevalencia de consumo de tabaco fue del 46.9%, alguna vez en la vida; y de 21.3%, en el último año. La prevalencia de consumo de alcohol, alguna vez en la vida, fue del 64.5%; y de 40.2%, en el último año.

Con relación al consumo de alcohol, se encontró que los porcentajes fueron mayores al 50% entre los hombres y las mujeres, siendo un poco más elevado en el sexo masculino, mostrando un mayor porcentaje para la prevalencia de vida, año y mes. Se evidenció que el consumo de alcohol se incrementa con la edad, siendo el rango de 23 a 24 años el que mostró el mayor porcentaje y en menor escala en el grupo de 18 años o menos. Se encontró que el promedio de inicio del consumo fue de 17 años para hombres y mujeres. El consumo de tabaco mostró la misma tendencia que el alcohol, pero con la diferencia que en los hombres el consumo fue siempre el doble que en las mujeres para la prevalencia de vida, año y mes,

observándose la misma situación para la incidencia por año y mes. En cuanto a los tranquilizantes, el Informe internacional de fiscalización de estupefacientes 2012 de las Naciones Unidas, hace énfasis en que el abuso de preparados farmacéuticos, incluidos los que contienen tranquilizantes, sedantes y estimulantes, sigue siendo grave motivo de preocupación en América Central, en particular en lo que respecta a las mujeres (CNA, 2013). En este estudio, se identificó que de los estudiantes universitarios, el 1.8% de ellos utilizaron por primera vez tranquilizantes sin prescripción médica en el último año. En cuanto a los estimulantes, la Ritalina es el de mayor consumo alguna vez en la vida, con predominio del sexo masculino.

Según el Estudio Nacional sobre Consumo de Drogas en Población General de El Salvador realizado en el período 2013-2014, el alcohol resulta ser la sustancia psicoactiva que más se consume: de cada dos personas, una habrá consumido, en al menos una ocasión en su vida, dicha sustancia. El estudio señala que es de vital importancia que las campañas que se diseñen para prevenir o reducir el consumo de alcohol en la población salvadoreña, tomen en cuenta lo que evidenció este estudio, en el sentido que son los hombres quienes presentan mayor problema de consumo riesgoso o perjudicial, y quienes mayormente presentan signos de dependencia a las bebidas alcohólicas, y por lo general, sucede entre los 18 y 24 años de edad. Es importante resaltar que entre los estudios de 2005 y 2014 la prevalencia de vida de alcohol se ha incrementado cerca de un 12%: considerando únicamente a los consumidores del último mes, en el grupo de menores de edad, la tasa de consumo casi se duplica. Un hallazgo importante es que tanto la prevalencia del último año como del último mes, de tabaco se ha reducido en comparación con los resultados del año 2005, lo cual podría ser explicado por la Ley para el control del tabaco que entró en vigor hace un par de años. En cuanto a sustancias ilegales, el principal resultado del estudio tiene que ver con el aumento de consumo global de cualquier droga ilícita, entre ambos estudios. Para todas las sustancias, entre ellas marihuana, cocaína, crack, heroína, MDMA-éxtasis e inhalables, se destaca un aumento en el consumo; es de mencionar que el aumento se debe, principalmente, a un aumento en el uso de marihuana, pues es el consumo que más creció entre ambas mediciones. El consumo reciente o del último año se ha quintuplicado, pasando de 0.4% en 2005, a 2.3% en 2014 (CNA, 2014).

Según el Estudio de Factores de Riesgo y Protección del consumo de drogas entre estudiantes universitarios salvadoreños (Rivera, 2007), se advierte que alrededor de una tercera parte de la población se encuentra en inminente riesgo a causa de la inseguridad individual, familiar y socioeconómica; en consecuencia, los jóvenes se ven inducidos a adoptar conductas de riesgo. Este estudio concluye, además, que la publicidad ofrecida por los medios de comunicación induce a la adopción de conductas de inadaptación y al consumo de drogas lícitas e ilícitas, lo cual es tangible a diario en el país, donde los medios de comunicación envían un mensaje confuso, mezclando el fenómeno del narcotráfico con el fenómeno del consumo problemático de drogas. A esto se le suma que la mayoría de universidades priorizan la instrucción profesional y muy poco la educación integral, lo que se constituye en un verdadero reto para las instituciones de educación superior cuya prioridad es contribuir aportando alternativas para la solución o disminución de los problemas sociales (Longman-Mills, et al. 2013). Un estudio realizado en El Salvador en el año 2013 sobre las condiciones contextuales y evolutivas de los medios de comunicación y la percepción de las adicciones, señala que es necesario que los medios de comunicación informen con veracidad, en el sentido que la mayor prevalencia de morbilidad y mortalidad por consumo problemático y dependencia de sustancias psicoactivas (SPA) está relacionada con las drogas lícitas y no con las drogas ilícitas, considerando la variación en las características sociodemográficas, en los patrones de consumo de la población y la necesidad de los usuarios de obtener respuestas satisfactorias en los servicios de atención (Juárez, 2013).

El Estudio sobre Limitaciones y Desafíos para la Evaluación de los Programas de Prevención, realizado en el año 2013 por Juárez (2013), permiten identificar 18 Programas de Prevención, los cuales son ejecutados por entidades gubernamentales como el MINED, MINSAL y por Instituciones privadas como Hogares CREA, FUNDASALVA y otras ONG´s, estos son:

1. Gestión integral ciudadana
2. Educación para la vida y el trabajo
3. Educación en derechos humanos, valores y ciudadanía
4. Arte, cultura, recreación y deporte

5. Orientación para la vida
6. Ciencia, salud y medio ambiente.
7. Prevención de drogodependencia
8. Prevención del suicidio
9. Programa de salud sexual y reproductiva
10. Educación para la salud
11. Programa Familias fuertes
12. Programa de salud mental
13. Prevención secundaria: abordaje psicoterapéutico
14. Programa de niños replicadores "Red salvando vidas del tabaco y el alcohol"
15. Programa de sensibilización del ambientes libres de humo
16. Programa de prevención terciaria
17. Prevención de drogas y violencia familiar
18. Prevención del consumo de drogas en conductores (Transporte terrestre: público y privado)

Además, advierte que en El Salvador no se aplican programas de prevención selectiva, la cual debe estar dirigida a un subgrupo de adolescentes que tienen un riesgo de ser consumidor mayor que el promedio de los adolescentes. El estudio realizado en cinco universidades de El Salvador en el año 2010, dejó al descubierto que la edad promedio del inicio para el consumo general fue de 15.1 años y para el policonsumo fue 16.9 años, es decir, que el inicio del consumo de SPA se da desde muy temprana edad en la escuela secundaria, antes de ingresar a la universidad (CNA, 2013); este es un claro ejemplo de un grupo en el que se podría aplicar un programa de prevención selectiva.

En el referido estudio, Juárez (2013) identifica como principales limitantes para la ejecución de los mecanismos de evaluación: la inexistencia de presupuesto para tal fin, la falta de especialistas nacionales en evaluación, la poca coordinación interinstitucional y el débil conocimiento y sensibilización de la población general sobre las adicciones como una enfermedad. La Guía sobre políticas de drogas del Consorcio Internacional sobre Políticas de Drogas, revela que se debe reunir información para evaluar periódicamente el impacto de los programas nacionales de desarrollo socioeconómico sobre la prevalencia del uso de drogas en las

comunidades, con ello se garantizará que las mejores prácticas se evalúen y se pongan claramente de manifiesto para futuras intervenciones (IDPC, 2010).

En materia de prevención del consumo de drogas, conforme a la documentación y clasificación disponible en el Observatorio Salvadoreño sobre Drogas, a junio 2015, en la última década se han desarrollado diversos estudios en población general, universitarios y escolares.

### **Personas que consultaron por consumo de Sustancias Psicoactivas (SPAs)**

Las personas que consumieron sustancias psicoactivas y consultaron por primera vez en los centros de atención del Ministerio de Salud (MINSAL) y el Fondo Solidario para la Salud (FOSALUD) durante el periodo 2009- 2014, fueron 42,399 pacientes, donde el consumo de drogas lícitas fue del 95.66% (40,559 casos) y las ilícitas del 4.34% (1,840 casos), mostrando una tendencia sostenida, con un promedio de 7,068 casos nuevos anuales de adicciones de todos los tipos.

El uso del alcohol fue el motivo de consulta que demandó mayor número de atenciones de primera vez, con un total global de 39,290 pacientes, constituyendo el 92.67%, con un promedio de 6,548 nuevos casos anuales. El uso del tabaco representó la segunda causa, con un total global de 1,269 pacientes de primera vez, constituyendo el 2.99%, con un promedio de 212 nuevos casos anuales. Las drogas ilícitas representaron el resto de causas, siendo el uso de múltiples drogas como la cocaína, los cannabinoides y los sedantes respectivamente, las de mayor consumo en esta categoría, con un total global de 1,840 pacientes de primera vez, constituyendo el 4.34%, con un promedio de 307 nuevos casos anuales (Véase Tabla 25).

**Tabla 25. Pacientes atendidos de primera vez, por trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de SPAs en Centros de Atención del MINSAL y FOSALUD. Periodo 2009-2014.**

Diagnóstico	Total de Casos	Promedio Anual de Casos	Porcentaje
Uso de Alcohol	39,290	6,548	92.67
Uso de Tabaco	1,269	212	2.99
Uso de Opiáceos	76	13	0.18
Uso de Cannabinoides	198	33	0.47
Uso de Sedantes o Hipnóticos	127	21	0.30
Uso de Cocaína	543	91	1.28
Uso de Estimulantes	58	10	0.14
Uso de Alucinógenos	81	14	0.19
Uso de Disolventes Volátiles	116	19	0.27
Uso de Múltiples Drogas y Otras SPA	641	107	1.51
<b>Total</b>	<b>42,399</b>	<b>7,068</b>	<b>100</b>

Fuente: Sistema de Información de morbilidad en línea, Ministerio de Salud.

En relación a la preferencia de uso de SPAs por sexo, tenemos en el sexo masculino el consumo de alcohol, tabaco, uso de múltiples drogas, cocaína, marihuana; y en el caso del sexo femenino, están el alcohol, cocaína, tabaco, múltiples drogas y sedantes o hipnóticos.

El uso comparativo de alcohol entre hombres y mujeres, muestra un relación de casi 7 a 1; la relación en el caso tabaco es de 4 a 1 de los casos atendidos por primera vez en el periodo.

Comparando el uso de SPAs ilícitas entre hombres y mujeres, respecto a los usuarios atendidos por primera vez durante el período 2009-2014, cabe destacar que en el sexo masculino los cannabinoides constituyen el 88% (175 casos), seguido de disolventes volátiles con el 75.86% (88 casos) y de los alucinógenos con el 55.56% (45 casos); y en el femenino, predomina el uso de cocaína, el cual es superior al 60% (329 casos), seguido de los opiáceos con un 52.63% (40 casos) y de sedantes o hipnóticos con el 50.39% (64 casos). (Véase Tabla 26).

Existe un mayor uso de múltiples drogas por parte del sexo masculino en una proporción de 4 a 1 con respecto al sexo femenino.

**Tabla 26. Consolidado de pacientes atendidos por trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de SPAs en Centros de Atención del MINSAL y FOSALUD, por sexo, durante el período 2009-2014**

Diagnóstico	Hombres	Porcentaje	Mujeres	Porcentaje	Total	Porcentaje
Uso de Alcohol	33,586	85.48	5,704	14.52	39,290	100.00
Uso de Tabaco	969	76.36	300	23.64	1,269	100.00
Uso de Opiáceos	36	47.37	40	52.63	76	100.00
Uso de Cannabinoides	175	88.38	23	11.62	198	100.00
Uso de Sedantes o Hipnóticos	63	49.61	64	50.39	127	100.00
Uso de Cocaína	214	39.41	329	60.59	543	100.00
Uso de Estimulantes	32	55.17	26	44.83	58	100.00
Uso de Alucinógenos	45	55.56	36	44.44	81	100.00
Uso de Disolventes Volátiles	88	75.86	28	24.14	116	100.00
Uso de Múltiples Drogas y Otras SPAs	497	77.54	144	22.46	641	100.00
<b>Total</b>	<b>35,705</b>	<b>84.21</b>	<b>6,694</b>	<b>15.79</b>	<b>42,399</b>	<b>100</b>

Fuente: Sistema de Información de Morbimortalidad en Línea, Ministerio de Salud.

### **Programas de Tratamiento y Rehabilitación**

En el país, la CNA y a la unidad de trabajo social del servicio de Adicciones del Hospital Nacional Psiquiátrico, disponen de un censo de los establecimientos e instituciones, tanto públicas como privadas, que brindan servicios de tratamiento y rehabilitación a personas afectas a drogas. En el año 2012 se contabilizaban 53 Centro de Atención (Véase Anexo N° 6)

En el año 2012, retomando el Censo citado, se desarrolló un estudio por Juárez y Col. (2012), el cual tuvo como objetivo determinar las modalidades de tratamiento, caracterizar la oferta de atención y categorizar los servicios, de acuerdo a las condiciones mínimas establecidas en las normativas vigentes en El Salvador. Participaron en la investigación 28 centros. Se entrevistó al responsable de cada institución y establecimiento. De acuerdo a los resultados se concluye que en El Salvador los servicios especializados en las áreas de tratamiento y rehabilitación son ofrecidos en su mayoría por instituciones públicas, que ofrecen la modalidad no residencial mientras que los servicios no especializados son ofrecidos por establecimientos privados con la modalidad de tratamiento no residencial. Los servicios que brindan los centros especializados se caracterizan por aplicar los 3 tipos de actividades terapéuticas definidas en la Normativa: Terapia farmacológica, Terapia Psicológica y Terapia Socio-ambiental. Mientras que los centros no

especializados la mayoría no aplican los 3 tipos de actividades terapéuticas, sino que basan su encuadre terapéutico en un enfoque moral-espiritual el cual no está considerado en la normativa vigente; los centros especializados se ubican como Categoría A sólo en el rubro de Recursos humanos y como Categoría B en lo relacionado a Recursos Normativos, Infraestructura y Parámetros de Evaluación Integral. El total de los centros no especializados se catalogan como Categoría B en los 4 rubros. Para fines del referido estudio, se determinó una categorización de la oferta de servicios de tratamiento y Rehabilitación por consumo de drogas que se brindan en el sistema especializado y no especializado de El Salvador, según el Reglamento vigente de funcionamiento de las instituciones y establecimientos que brindan atención a las personas afectas a drogas. Los centros se clasifican en Categoría A y Categoría B, de acuerdo al cumplimiento de los requerimientos de las condiciones mínimas necesarias que dichos centros deben cumplir, según el Reglamento normativo vigente:

**Categoría A:** corresponde a los servicios de salud que cumplen con todos los requerimientos de las condiciones mínimas necesarias por rubro, ya sea recurso humano, normativo, infraestructura y parámetros de evaluación integral.

**Categoría B:** hace referencia a servicios de salud que no cumplen en su totalidad con los requerimientos de las condiciones mínimas necesarias según los 4 rubros, como; recurso humano, normativo, infraestructura y parámetros de evaluación integral.

En la red de establecimientos del MINSAL y de FOSALUD, se brinda atención médica ambulatoria, atención hospitalaria en fase aguda (afectación física, psicológica y social), y el componente de rehabilitación a través de los siguientes dispositivos: Unidades Polivalentes en áreas estratégicas del país, Unidades de Salud Mental en Hospitales generales de segundo nivel y un servicio de hospitalización de adicciones ubicado en un Hospital Especializado de Psiquiatría; así también FOSALUD cuenta con cinco Clínicas de Prevención y Tratamiento de Adicciones (CPTA).

En cuanto al programa Hogares CREA (Centro de Reeducción de Adictos a Drogas), trabaja en la reeducación de jóvenes con problemas de drogas y alcohol para su reinserción en la sociedad; atiende a personas de ambos sexos, de 18 años en adelante, bajo el modelo de comunidad terapéutica, con internamiento de

20 meses y 14 modalidades de terapia. Actualmente cuenta con 4 centros: 3 para género masculino y 1 para femenino.

Se evidencia un predominio muy significativo de la demanda solicitada por el sexo masculino superior al 84 % de los casos de primera vez en toda la red prestadora de servicios; existiendo una diferencia en cuanto a los grupos de edad, donde MINSAL - FOSALUD atienden población predominante mayor a los 25 años y Hogares CREA en el rango de 19 a 25 años (Véase Tabla 27).

**Tabla 27. Número de casos atendidos de primera vez en dispositivos reconocidos por el Estado, distribuidos por sexo, edad y tipo de establecimiento: MINSAL-FOSALUD y HOGARES CREA. Periodo 2009-2014.**

VARIABLES	MINSAL-FOSALUD		HOGARES CREA	
	Total de Casos	Porcentaje	Total de Casos	Porcentaje
Hombres	35,705	84.21	1,104	88.82
Mujeres	6,694	15.79	139	11.18
<b>Total casos atendidos</b>	<b>42,399</b>	<b>100.00</b>	<b>1,243</b>	<b>100.00</b>
<18 años	2,035	4.80	143	11.50
19 años a 25 años	3,394	8.00	748	60.18
>25 años	36,970	87.20	352	28.32
<b>Total casos atendidos</b>	<b>42,399</b>	<b>100.00</b>	<b>1,243</b>	<b>100.00</b>

Fuente: SIMMOW, MINSAL, Información de Establecimientos **Ministerio de Salud MINSAL-FOSALUD** (Consultas de primera vez brindadas por médico en Unidades Comunitarias de Salud Familiar básicas, intermedias y especializadas, Casas de Salud, Centros de Atención de Emergencias (CAE), Oficinas Sanitarias Internacionales (OSI) y Hospitales de 2° y 3er. Nivel de atención) y **Hogares CREA**.

La escasa formación del personal encargado de atender directamente a las personas con problemas por consumo de drogas – tanto profesional como no profesional – es una de las debilidades encontrada en el país. Con base a esta necesidad, la Dirección Ejecutiva de la Comisión Nacional Antidrogas con el apoyo técnico y financiero de la CICAD/OEA ejecuta en el país el Programa de Capacitación y Certificación de Recursos Humanos en Tratamiento y Prevención de Drogas y Violencia. Durante el periodo se realizaron estudios diagnósticos situacionales sobre el recurso humano, elaboración de normativas y procedimientos para regular la certificación y currículos de formación en niveles básico, medio y superior, creándose la figura del Operador (a) Socioterapéutico en Drogodependencias, para describir a una persona que producto de su experiencia,

capacitación recibida y aprobación de pruebas de conocimiento y aptitud, reúne los requisitos para certificarse como tal.

### **Formación y Capacitación del Recurso Humano**

En el ámbito de reducción de la demanda, durante el período 2010 a 2014 se ofrecieron programas de capacitación a nivel de certificación, grado y postgrado, que se centran en enfoques científicos y mejores prácticas, con el fin de aumentar conocimientos y fortalecer habilidades en sus áreas de especialización técnica o profesional. Adicionalmente, los expertos técnicos y profesionales participaron en programas avanzados de capacitación en esta temática, a nivel regional e internacional. Entre los años 2011 y 2012, el Ministerio de Educación formó a 194 docentes en un curso en línea sobre prevención de drogas y violencia juvenil. Por otra parte, el Fondo Solidario para la Salud (FOSALUD), desde el año 2011, viene implementando el programa de prevención “Formación de facilitadores en el control de la demanda de las drogas”, dirigido a instituciones y otras organizaciones que trabajan con poblaciones vulnerables (niños y jóvenes). Adicionalmente, ha brindado capacitación continua al personal médico y paramédico institucional en la detección, intervención y referencia, referente a los usuarios dependientes del consumo de drogas. Asimismo, cinco catedráticos de la Universidad Evangélica de El Salvador fueron capacitados en salud internacional e investigación sobre drogas en el Centro de Adicciones y Salud Mental (CAMH), de la Universidad de Toronto, Canadá.

Del año 2010 al año 2014 se han certificado a 160 personas como Operadores en Nivel Básico, 220 personas recibieron el Curso de Nivelación en la Universidad Dr. José Matías Delgado y se capacitó a 110 trabajadores del Instituto Salvadoreño para el Desarrollo Integral de la Niñez y Adolescencia (ISNA), a través del curso “Problemas de drogas en adolescentes: pautas para la detección y atención inmediata”, así como a personal de once instituciones gubernamentales como son: Hospitales y Unidades Comunitarias de Salud Familiar (UCSF) de la Red del Ministerio de Salud, Fondo Solidario para la Salud (FOSALUD), Consejo Superior de Salud Pública (CSSP), Ministerio de la Defensa Nacional, Policía Nacional Civil, Corte Suprema de Justicia, Instituto Salvadoreño del Seguro Social, Instituto Salvadoreño para el Desarrollo Integral de la Niñez y Adolescencia (ISNA), y de

dependencias del Ministerio de Justicia y Seguridad Pública: Dirección de Toxicología, Dirección General de Migración y Dirección General de Centros Penales. También se capacitó al personal de veintinueve organizaciones no gubernamentales (ONG's) como son: Casa Hogar del Alcohólico, Centro de Rehabilitación Fuente de Vida, FUNDASALVA, Iglesia Cristiana Alcance Victoria, Mission to El Salvador, Centro de Rehabilitación y Prevención, Centro Terapéutico de Adicciones Jaime Hill, La Fe de Jesús Cristo, Fundación de Ayuda contra la Drogadicción, Fundación Viva Juntos por la Niñez, Centro Cristiano para Rehabilitación de Alcohólicos y Drogadictos HOCRAD, FUSALMO, Clínica Asistencial "La Sagrada Familia", Ministerio de Rehabilitación de las Asambleas de Dios Siloé, Ministerio Cristiano de Hombres y Mujeres de Oración, Ministerio Cristiano Una Esperanza Viva, Centro Cristiano de Rehabilitación de Alcohólicos y Drogadictos ULJAD, Asociación El Hogar Para el Alcohólico Unidos Por Un Solo Fin, Asociación Casa Albergue para Adictos y Alcohólicos Solo Por Hoy, Asociación Puerta de Salvación de la Mujer Alcohólica, Casa de Recuperación de Alcohólicos y Drogadictos "La Esperanza", Centro de Rehabilitación de Adictos "Escapa Por Tu Vida", Ministerio Evangelístico de Restauración "Cristo Viene", Ministerio de Rehabilitación Para Alcohólicos y Drogadictos "Pescadores de Jesucristo", Asociación Vencedores, Ministerio Retorno, Asociación Hogares CREA, REMAR y Teen Challenge.

La DE-CNA también realiza un esfuerzo de monitoreo y seguimiento a las acciones que realizan instituciones públicas y ONG's en el ámbito de la atención a consumidores problemáticos de drogas a través de reuniones bilaterales y actividades de campo. Una de las apuestas es la de articular un sistema de atención integrado desde el nivel primario, logrando una mayor cobertura y evitando las acciones segmentadas y descoordinadas.

Considerando los indicadores epidemiológicos y registros oficiales del último período, según se han citado anteriormente, se expone el siguiente cuadro resumen donde se contrastan los resultados esperados con los resultados obtenidos en el último período en el país (Véase Tabla 28).

**Tabla 28. Comparación de los resultados esperados con los resultados obtenidos en el último período en el país, en el área de Reducción de la Demanda. ENA 2011-2015.**

ÁREAS	RESULTADOS ESPERADOS EN EL ÚLTIMO PERÍODO 2009-2014	COMPONENTE	RESULTADOS OBTENIDOS EN EL ÚLTIMO PERÍODO 2009-2014
REDUCCIÓN DE LA DEMANDA	Reducir el consumo de drogas lícitas e ilícitas y de sus consecuencias haciendo énfasis en poblaciones específicas y de alto riesgo;	Reducción del consumo de drogas lícitas e ilícitas	En cuanto a la situación del consumo de drogas en El Salvador, a partir de la evidencia científica y empírica disponible, no se observan disminuciones importantes en prevalencias de consumo en el último decenio. Al comparar el consumo de drogas lícitas (alcohol y tabaco) frente al consumo de drogas ilícitas (marihuana, cocaína, hashis, etc.), la diferencia en la prevalencia de consumo es significativa, lo que permite visualizar que son las drogas lícitas como el alcohol y el tabaco las que más demandas de atención en salud requieren, sin embargo, aunque el consumo de drogas ilícitas no es alarmante en el país, las prevalencias de consumo han incrementado ligeramente en el último período.
		Prevención	En El Salvador se implementan diversos programas de prevención universal y selectiva, sin embargo son muy inespecíficos. No existen registros oficiales del número de programas que se implementan, no se cuenta con programas de prevención indicada, ni se ha diseñado un sistema integral de prevención (monitoreo y evaluación).
	Implementar y ejecutar programas de prevención, tratamiento, rehabilitación, reinserción y reducción del daño basado en evidencia	Tratamiento	En el ámbito de reducción de la demanda, se han realizado esfuerzos en el país para capacitar recursos humanos y certificarlo en tratamiento y prevención de drogas y violencia. Durante el período 2010-2014, se han certificado a 160 personas como Operadores Socioterapéuticos y se han capacitado a 110 personas en el curso "Problemas de drogas en adolescentes: pautas para la detección y atención inmediata"; por otra parte, se ha realizado un esfuerzo de monitoreo y seguimiento de las acciones que realizan las entidades públicas y ONG's en la atención a personas que presentan un consumo problemático de drogas. No se cuenta con suficiente evidencia para demostrar la ampliación de la cobertura de los servicios de tratamiento en sus diferentes modalidades a personas afectas a drogas.
		Rehabilitación, Reinserción y Reducción del daño	En cuanto a programas de rehabilitación, reinserción y reducción del daño basados en evidencia, no se encuentra información oficial disponible.

Fuente: Propia.

## B) Área de Reducción de la Oferta

### Situación del tráfico ilícito de drogas

Para el control del narcotráfico el país cuenta con el Decreto Legislativo 153, publicado en el Diario Oficial No. 208, Tomo 361, del 7 de noviembre de 2003, Reformas a la Ley Reguladora de las Actividades Relativas a las Drogas, donde se mencionan los organismos administrativos y ejecutores y las atribuciones que le

competen en el marco de la ley, así como los tipos de delitos relacionados con las drogas entre otros. La División Antinarcóticos de la Policía Nacional Civil y la Fiscalía General de la República son las autoridades encargadas del control del tráfico ilícito de drogas en el país.

En cuanto a las incautaciones policiales durante el período 2004-2008, la cocaína base fue la droga que reportó las mayores incautaciones con la cantidad de 8, 262.2 kilogramos, seguida de la marihuana con 6,234 plantas. La heroína con un 58.72 kg. y la piedra de crack con 29.3 kg. El mayor repunte de las incautaciones de cocaína se produjo en el año 2007. En cuanto al éxtasis, las cifras muestran que en el período de referencia se incautó un total de 30 pastillas, particularmente en el año 2006 (Véase Tabla 29).

**Tabla. 29 Incautaciones por tipo de droga y año, período 2004-2008**

Tipo de droga	Unidad de Medida	2004	2005	2006	2007	2008	Total
Heroína	kg	3.8	24.0	22.5	0.00	8.42	58.72
Cocaína base	kg	2,704.30	33.0	101.7	4,075.3	1,347.9	8,262.2
crack	kg	5.9	6	5.7	5.9	5.8	29.3
Hojas de cannabis	kg	448.9	487.0	464.7	372.4	439.6	2,212.6
Semillas de cannabis	kg	3.7	0.1	0.0	0.0	0.0	3.8
Plantas de cannabis	plantas	1,855.0	389	435.0	0.0	3,555.0	6,234.0
Éxtasis	pastillas	0.0	0.0	30.0	0.0	0.0	30.0

Fuente: Documento Situación de Narcotráfico y Prevalencias de Consumo, 2008. Informes Anuales de la División de Antinarcóticos de la PNC. Observatorio Nacional sobre Drogas.

En la Tabla 30, se evidencia que durante el período 2009 a 2014, la hoja de marihuana fue la que reportó las mayores incautaciones con 5,627.1 kilogramos y 5,449 unidades de plantas; seguida de la cocaína con 3,470.4 kilogramos, la heroína con 43.9 kilogramos y el crack con 14.0 kilogramos. El mayor despunte de las incautaciones tanto de marihuana como de cocaína se reportó en el año 2014, y el de heroína en el año 2012. Asimismo, se incautaron aunque en cantidades mínimas drogas sintéticas como metanfetaminas con 0.3 kilogramos; así como 0.01 kilogramos de éxtasis.

**Tabla 30. Incautaciones por tipo de droga y año, período 2009-2014**

Tipo de droga	Unidad de Medida	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Total
Marihuana	kg	440.5	663.9	1,100.4	1,248.4	871.3	1,302.6	5,627.1
Cocaína	kg	442.4	146.8	649.7	373.5	790.9	1,067.0	3,470.4
Heroína	kg	8.1	5.3	2.5	14.5	0.8	12.7	43.9
Crack	kg	3.2	2.1	1.8	1.3	1.8	3.8	14.0
Metanfetaminas	kg	0	0.0	0.2	0.1	0.1	0.0	0.3
Plantas de marihuana	un	644	715	582	673	1,634	1,201	5,449

Fuente: Elaboración propia con base a informes de la División Antinarcóticos de la Policía Nacional Civil

El 80% de la marihuana incautada es traficada desde Guatemala vía terrestre con destino a El Salvador. La cocaína incautada venía procedente de Colombia y Ecuador con destino hacia Guatemala, México, Estados Unidos, entre otros. Parte de la cocaína que iba en tránsito por el país es recibida en pago por los operadores locales que prestan sus servicios a las redes de tráfico internacional de drogas, y que posteriormente la distribuyen y comercializan en el país. Los reportes policiales indican que la heroína incautada venía procedente de Colombia, Ecuador y Guatemala con destino principalmente hacia Estados Unidos de Norteamérica y a otros países como México y España.

En el año 2009, las entidades competentes de la regulación y el control de sustancias químicas, en consonancia con las convenciones internacionales, con el objeto de fortalecer los controles en este tema, emitieron acuerdos para regular el control de sustancias químicas, como son: Acuerdo para el control y manejo de la pseudoefedrina como materia prima y productos farmacéuticos que la contengan<sup>5</sup> (vigente del 28 de octubre de 2008 hasta mayo de 2009); Modificación del acuerdo del 3 de septiembre en cuanto al plazo. Reducción de 12 a 8 meses<sup>6</sup> (vigente del 28 de octubre del 2008 al 30 de mayo de 2009); Acuerdo para la prohibición de la efedra, efedrina y pseudoefedrina materia prima y productos farmacéuticos que la

<sup>5</sup> Consejo Superior de Salud Pública, Acuerdo tomado en la 30°. S.O. del 13/8/08 punto décimo. "Acuerdo para el control y manejo de la pseudoefedrina como materia prima y productos farmacéuticos que la contengan.

<sup>6</sup> Consejo Superior de Salud Pública, Acuerdo de Consejo Tomado en la 41°. S.O. del 27/10/08 literal a) "Modificación del acuerdo del 3 de septiembre en cuanto al plazo."

contengan<sup>7</sup> (vigente a partir de junio del 2009); y la modificación del acuerdo para permitir las actividades relacionadas a los productos farmacéuticos orales que contienen efedrina<sup>8</sup> (vigente del 2 de junio de 2009 al 2 de noviembre del 2009), como medidas para controlar el desvío de dichas sustancias que generalmente son utilizadas para la elaboración de metanfetaminas o drogas sintéticas en laboratorios clandestinos.

Como parte de los resultados operativos en el control de sustancias en las Tablas 31 y 32, se reportan las incautaciones de precursores y sustancias químicas durante los períodos 2004-2008 y 2009 a 2014; se destaca la incautación de 160,612.5 kilogramos de Etil Fenil Acetato y 67,680 kilogramos de monometilamina y 53,392 kilogramos de Pseudoefedrina, que fueron decomisadas por las autoridades competentes en el último quinquenio.

**Tabla 31. Incautación de Precursores y Sustancias Químicas, período 2004-2008.**

Tipo de droga	Unidad de Medida	2004	2005	2006	2007	2008	Total
Pseudoefedrina	Tabletas	0.0	0.0	0.0	0.0	157,926	157,926.0
Pseudoefedrina	Cápsulas	0.0	0.0	0.0	0.0	219,065	219,065.0
Pseudoefedrina	Frascos	0.0	0.0	0.0	0.0	11,620	11,620.0
Pseudoefedrina	Sobres	0.0	0.0	0.0	0.0	1,078	1,078.0
Efedrina (materia prima)	kg	0.0	0.0	0.0	0.0	3.4	3.4
Pseudoefedrina (materia prima)	kg	0.0	0.0	0.0	0.0	0	0.0

Fuente: Informes Anuales de la División de Antinarcóticos de la PNC. Observatorio Nacional sobre Drogas.

<sup>7</sup> Consejo Superior de Salud Pública, Acuerdo de Consejo Tomado en la 14ª. S.O. del 15/4/09 punto décimo noveno "Prohibición de la efedra, efedrina y pseudoefedrina materia prima y productos farmacéuticos que la contengan".

<sup>8</sup> Consejo Superior de Salud Pública, Acuerdo de Consejo tomados en la 20ª. S.O. del 27/5/09 "Modificación del Acuerdo del 15 de abril del 2009, en cuanto a permitir las actividades relacionadas a los productos farmacéuticos orales que contienen efedrina".

**Tabla 32. Incautación de Precursores y Sustancias Químicas, período 2009-2014.**

Tipo de Sustancia	Unidad de medida	2009	2010	2011	2012	2013	2014	TOTAL
Efedrina (materia prima)	kg	0	0	3.4	0	0	0	3.4
Pseudoefedrina (materia prima)	kg	101.16	0	0	0	0	0	101.2
Alcohol Etilico	lts	0	30,000		0	0	0	30,000.0
Ácidos sulfúricos	kg	0	20,000		0	0	0	20,000.0
Metanol	kg	0	0	22,000	0	0	0	22,000.0
Ácido Acético Glacial	kg	0	0	21,510	0	0	0	21,510.0
Efedrina	kg	0	22		0	0	0	22.0
Meperirina	kg	0	3		0	0	0	3.0
Ethyl Acetato	kg	0	0	22,100	0	0	0	22,100.0
Ethyl Fenil Acetato	kg	0	0	147,740	0	0	0	147,740.0
Monometilamina	kg	0	0	67,680	0	0	0	67,680.0
Pseudoefedrina	kg	0	0	53,392	0	0	0	53,392.0
Etyl Fenil Acetato	kg	0	0	0	3,400	0	0	3,400.0

Fuente: Elaboración propia con base en informes anuales de la División de Antinarcóticos de la Policía Nacional Civil.

Como parte de la aplicación de sanciones establecidas en el artículo 33 de la Ley Reguladora de las Actividades Relativas a las Drogas (LRARD), en relación a los delitos por tráfico ilícito de drogas, la Tabla 33 presenta el total de detenidos desglosado por sexo y grupos de edad, durante el período 2004 al 2008. El año 2006 es el que reporta mayor número de detenidos por tráfico ilícito de drogas, con un total de 793 personas, seguido del año 2008 con 627.

Tabla 33. Detenidos por Tráfico Ilícito de Drogas, período 2004-2008.

Detenidos por Tráfico Ilícito							
Año	Tipo de Droga	Total Detenidos	Desglose por Sexo		Desglose por Grupo de Edad		
			Hombres	Mujeres	<15 años	15-24 años	25>
2004	Marihuana	470	332	138	4	191	275
	Heroína	5	4	1	0	2	3
	Cocaína (base y clorhidrato)	99	73	26	1	26	72
	Crack	340	248	92	0	114	226
<b>Total</b>		<b>914</b>	<b>657</b>	<b>257</b>	<b>5</b>	<b>333</b>	<b>576</b>
2005	Marihuana	350	248	102	2	118	230
	Heroína	7	7		0	2	5
	Cocaína (base y clorhidrato)	102	77	25	2	23	77
	Crack	349	266	83	3	120	226
<b>Total</b>		<b>808</b>	<b>598</b>	<b>210</b>	<b>7</b>	<b>263</b>	<b>538</b>
2006	Marihuana	585	373	212	3	193	389
	Heroína	11	7	4	0	2	9
	Cocaína (base y clorhidrato)	552	349	203	5	152	395
<b>Total</b>		<b>1148</b>	<b>729</b>	<b>419</b>	<b>8</b>	<b>347</b>	<b>793</b>
2007	Marihuana	524	345	179	9	226	289
	Cocaína (base y clorhidrato)	444	274	170	5	122	317
<b>Total</b>		<b>968</b>	<b>619</b>	<b>349</b>	<b>14</b>	<b>348</b>	<b>606</b>
2008	Marihuana	596	340	256	7	244	345
	Cocaína (base y clorhidrato)	397	270	127	3	115	279
	Heroína	4	4	0	0	1	3
<b>Total</b>		<b>997</b>	<b>614</b>	<b>383</b>	<b>10</b>	<b>360</b>	<b>627</b>

Fuente: Elaboración CNA, con base en informes anuales de la División de Antinarcóticos de la Policía Nacional Civil

En la Tabla 34 se observa que en el período 2009 al 2014 hubo un total de 6,514 personas detenidas por delitos relacionados con el tráfico ilícito de drogas, de estos el 74% fueron del sexo masculino y el 26% fueron mujeres. Al revisar los datos según grupos de edad de los detenidos por tráfico ilícito de drogas el 53% eran mayores de 25 años de edad, mientras que un 46% tenían entre 15 y 24 años de edad. Del total de detenidos por tráfico ilícito la mayor parte fue por tráfico de marihuana con 78.7% (5,127 personas), el 13.6%(888 personas) por tráfico de cocaína, un 7.3% por tráfico de crack y en un porcentaje muy bajo con 0.4% por tráfico con heroína.

Tabla 34. Detenidos por Tráfico Ilícito de Drogas, período 2009-2014.

Año	Tipo de Droga	Total Detenidos	Desglose por Sexo		Desglose por Grupo de Edad		
			Hombres	Mujeres	<15 años	15-24 años	25>
2009	Marihuana	720	415	305	9	322	389
	Cocaína	302	206	96	5	72	225
	Heroína	7	7	0	0	4	3
	<b>Total</b>	<b>1,029</b>	<b>628</b>	<b>401</b>	<b>14</b>	<b>398</b>	<b>617</b>
2010	Marihuana	783	534	249	16	333	434
	Cocaína	137	109	28	2	36	99
	Crack	106	75	31	2	28	76
	Heroína	5	5	0	0	1	4
	<b>Total</b>	<b>1,031</b>	<b>723</b>	<b>308</b>	<b>20</b>	<b>398</b>	<b>613</b>
2011	Marihuana	589	399	190	9	269	311
	Cocaína	79	56	23	0	18	61
	Crack	84	53	31	1	24	59
	Heroína	3	1	2	0	0	3
	<b>Total</b>	<b>755</b>	<b>509</b>	<b>246</b>	<b>10</b>	<b>311</b>	<b>434</b>
2012	Marihuana	794	568	226	11	356	427
	Cocaína	76	55	21	0	18	58
	Crack	111	69	42	0	36	75
	Heroína	3	3	0	0	0	3
	<b>Total</b>	<b>984</b>	<b>695</b>	<b>289</b>	<b>11</b>	<b>410</b>	<b>563</b>
2013	Marihuana	972	786	186	17	568	387
	Cocaína	149	129	20	1	24	124
	Crack	87	66	21	2	30	55
	Heroína	3	3	0	0	1	2
	<b>Total</b>	<b>1,211</b>	<b>984</b>	<b>227</b>	<b>20</b>	<b>623</b>	<b>568</b>
2014	Marihuana	1,269	1,103	166	20	776	473
	Cocaína	145	130	15	0	26	119
	Crack	87	71	16	1	44	42
	Heroína	3	3	0	0	2	1
	<b>Total</b>	<b>1,504</b>	<b>1,307</b>	<b>197</b>	<b>21</b>	<b>848</b>	<b>635</b>
<b>Total en el período</b>		<b>6,514</b>	<b>4,846</b>	<b>1,668</b>	<b>96</b>	<b>2,988</b>	<b>3,430</b>

Fuente: Elaboración propia con base en informes trimestrales de la División de Antinarcóticos de la Policía Nacional Civil.

En la Tabla 35, se presenta el número de personas formalmente acusadas y condenadas por delitos relacionados con el tráfico ilícito de drogas durante el período de 2009 – 2014.

**Tabla 35. Número de Personas que fueron formalmente acusadas y condenadas por tráfico ilícito de drogas, período 2009-2014.**

Año	Número de Personas formalmente acusadas	Número de Personas condenadas
2009	210	151
2010	286	195
2011	184	252
2012	248	292
2013	424	455
2014	554	533

Fuente: Fiscalía General de la República.

En la LRARD, no se establece un tipo penal de posesión ilícita de drogas para consumo personal. La posesión y tenencia que está sancionada en el art. 34 de la Ley, está referida a que si la posesión o tenencia es con el objeto de realizar cualquiera de las actividades relacionadas con el tráfico ilícito será sancionado según lo dispuesto en el artículo 34.

Con respecto a las personas detenidas por delitos relacionados con la posesión de drogas en el período 2004-2008, el número de detenidos ha mostrado una tendencia al alza, siendo el año 2008 el que reportó el mayor número de detenidos con un total de 2,109 personas. Se evidencia predominio del sexo masculino y del grupo de edad de mayores de 25 años (Véase Tabla 36).

Tabla 36. Detenidos por Posesión de drogas, período 2004-2008

Detenidos por Posesión/Uso indebido							
Año	Tipo de Droga	Total Detenidos	Desglose por Sexo		Desglose por Grupo de Edad		
			Hombres	Mujeres	<15 años	15-24 años	25>
2004	Marihuana	788	732	56	7	356	425
	Cocaína (base y clorhidrato)	35	34	1	0	10	25
	Crack	565	532	33	5	196	364
<b>Total</b>		<b>1388</b>	<b>1298</b>	<b>90</b>	<b>12</b>	<b>562</b>	<b>814</b>
2005	Marihuana	965	932	33	7	446	512
	Cocaína (base y clorhidrato)	69	68	1	0	23	46
	Crack	742	711	31	3	292	447
<b>Total</b>		<b>1776</b>	<b>1711</b>	<b>65</b>	<b>10</b>	<b>761</b>	<b>1005</b>
2006	Tipo Cannabis	1179	1128	51	10	540	629
	Cocaína (base y clorhidrato)	687	643	44	4	250	433
	<b>Total</b>	<b>1866</b>	<b>1771</b>	<b>95</b>	<b>14</b>	<b>790</b>	<b>1062</b>
2007	Tipo Cannabis	1247	1190	57	15	552	680
	Cocaína (base y clorhidrato)	862	803	59	3	243	616
	<b>Total</b>	<b>2109</b>	<b>1993</b>	<b>116</b>	<b>18</b>	<b>795</b>	<b>1296</b>
2008	Tipo Cannabis	942	906	36	17	453	472
	Cocaína (base y clorhidrato)	529	491	38	3	160	366
	<b>Total</b>	<b>1471</b>	<b>1397</b>	<b>74</b>	<b>20</b>	<b>613</b>	<b>838</b>

Fuente: Elaboración propia con base en informes trimestrales de la División de Antinarcóticos de la Policía Nacional Civil.

Con respecto a las personas detenidas por delitos relacionados con la posesión de drogas, en el período se detuvieron 9,531 personas, de las cuales el 95% eran del sexo masculino, principalmente jóvenes de entre 15 a 24 años de edad. La droga con más incidencia en el delito de posesión fue la marihuana con un 91%, seguida del crack con un 6%, y cocaína con un 3.4% (Véase Tabla 37).

Tabla 37. Detenidos por Posesión de Drogas, período 2009-2014.

Año	Tipo de Droga	Total Detenidos	Desglose por Sexo		Desglose por Grupo de Edad		
			Hombres	Mujeres	<15 años	15-24 años	25>
2009	Marihuana	748	709	36	18	431	299
	Cocaína	182	172	10	5	59	118
	<b>Total</b>	<b>930</b>	<b>881</b>	<b>46</b>	<b>23</b>	<b>490</b>	<b>417</b>
2010	Marihuana	939	875	64	29	508	402
	Cocaína	42	36	6	2	13	27
	Crack	153	136	17	9	59	85
<b>Total</b>	<b>1,134</b>	<b>1,047</b>	<b>87</b>	<b>40</b>	<b>580</b>	<b>514</b>	
2011	Marihuana	1,062	1,014	48	21	697	344
	Cocaína	32	28	4	0	9	23
	Crack	151	135	16	1	45	105
<b>Total</b>	<b>1,245</b>	<b>1,177</b>	<b>68</b>	<b>22</b>	<b>751</b>	<b>472</b>	
2012	Marihuana	1,635	1,555	80	32	1,067	536
	Cocaína	33	28	5	0	13	20
	Crack	97	81	16	3	33	61
<b>Total</b>	<b>1,765</b>	<b>1,664</b>	<b>101</b>	<b>35</b>	<b>1,113</b>	<b>617</b>	
2013	Marihuana	1,926	1,870	56	64	1,437	425
	Cocaína	17	15	2	0	11	6
	Crack	55	50	5	1	18	36
<b>Total</b>	<b>1,998</b>	<b>1,935</b>	<b>63</b>	<b>65</b>	<b>1,466</b>	<b>467</b>	
2014	Marihuana	2,365	2,287	78	69	1,845	451
	Cocaína	21	19	2	1	13	7
	Crack	73	71	2	3	46	24
<b>Total</b>	<b>2,459</b>	<b>2,377</b>	<b>82</b>	<b>73</b>	<b>1,904</b>	<b>482</b>	
<b>Total en el período</b>		<b>9,531</b>	<b>9,081</b>	<b>447</b>	<b>258</b>	<b>6,304</b>	<b>2,969</b>

Fuente: Elaboración propia con base en informes trimestrales de la División de Antinarcóticos de la Policía Nacional Civil.

El número de personas formalmente acusadas y condenadas por delitos relacionados con la posesión y tenencia se presenta en la Tabla 38.

Tabla 38. Número de Personas que fueron formalmente acusadas y condenadas por posesión y tenencia de drogas, período 2009-2014.

Año	Número de personas formalmente acusadas	Número de personas condenadas
2009	228	437
2010	230	477
2011	127	408
2012	239	672
2013	619	1142
2014	1580	1489

Fuente: Fiscalía General de la República.

### **Acciones realizadas para su control**

Entre las acciones realizadas para fortalecer los mecanismos de control y las operaciones policiales en el combate al tráfico ilícito de drogas, se destaca la capacitación del personal de la Policía Nacional Civil (División Antinarcóticos), para aplicar procedimientos para detectar e identificación de estupefacientes, psicotrópicos, precursores químicos y mecanismos de control, investigación y técnicas de análisis e interdicción; así como la identificación de laboratorios destinados a la fabricación ilícita de drogas, aplicación de protocolos de desmantelamiento, la aplicación de técnicas especiales de investigación, manejo de las cadenas de custodia sobre las pruebas relacionadas con casos de tráfico ilícito de drogas y sus delitos conexos, así como técnicas de registro de vehículos y personas, revisión de documentos, custodia de contenedores e inspección de la carga.

En el marco del Plan Estratégico Institucional de la Policía Nacional Civil, se establecieron 22 secciones antinarcóticos en los departamentos de investigación en todo el país, para realizar labores de investigación y combate al tráfico de drogas y narcomenudeo, como resultado de ello se realizaron 975 operativos, la mayoría de estos se realizaron principalmente en la Región Oriental (San Miguel); Región Occidental (Santa Ana) y en la Región Metropolitana de San Salvador.

Asimismo, en el año 2013, dentro de la estructura organizativa de la Policía Nacional Civil, se creó la División Especializada para investigación de delitos financieros, en apoyo a la Fiscalía General de la República para combatir delitos como lavado de dinero, narcoactividad y otros delitos.

Por otra parte, se han realizado actividades de cooperación en el ámbito de investigaciones conjuntas a nivel nacional. Las instituciones como la Policía Nacional Civil (PNC) y la Fuerza Armada de El Salvador (FAES), realizan operaciones conjuntas antidelincuenciales, con especial atención en el combate a la narcoactividad y crimen organizado, así como para la seguridad interna del país con énfasis en el resguardo de fronteras y la vigilancia de espacio aéreo, marítimo

y terrestre por medio del Grupo Conjunto Cuscatlán<sup>9</sup>. Por otra parte, se ejecuta el control del tráfico de drogas y otros ilícitos dentro del Sistema Penitenciario.

- **Análisis y Destrucción de Sustancias Controladas en la División de la Policía Técnica y Científica de la Policía Nacional Civil**

En la Sección de Sustancias Controladas de la División Policía Técnica y Científica de la Policía Nacional Civil se cuenta con personal especializado para el análisis de Sustancias que están Controladas por leyes internacionales y nacionales que se encuentran reguladas dentro del capítulo IV de la Ley Reguladora de Las Actividades Relativas a las Drogas en perjuicio de la Salud Pública, con una base técnico-científica, utilizando para ello equipo instrumental de tecnología avanzada, estándares analíticos y demás materiales necesarios para asegurar la calidad de los resultados, tal como lo requieren los manuales de Control Internacional de drogas.

En el análisis instrumental se cuenta en esta División Policial con equipos como Espectrómetro RAMAN, Espectrofotómetro Infrarrojo con transformada de Fourier, Espectrofotómetro Ultra Violeta Visible, Cromatógrafo de Gas acoplado a un detector de Ionización de Llamas y Cromatógrafo de Gas acoplado a un Detector de Espectrometría de Masas.

Debido a la descentralización en Secciones de la División Antinarcoóticos de la Policía Nacional Civil y al aumento de la narcoactividad, la Sección se ha visto incrementada cada año en casos recibidos para ser analizados por los especialistas licenciados en Química y Farmacia, o Químicos; como ejemplo en el año 2010 fueron 927 casos, en el 2011 se recibieron 711 casos, en el año 2012 fueron 855 casos , en el año 2013 fueron 967 casos y en el 2014 fueron 1146, en los cuales se analizaron 18,697 evidencias desde el año 2010 hasta el 2014, que resultaron ser positivas a marihuana, cocaína base y cocaína clorhidrato, heroína, anfetaminas y efedrina o pseudoefedrina, teniendo la cocaína y la heroína como

---

<sup>9</sup> El Grupo Conjunto Cuscatlán fue creado el 27 de febrero de 2005, está integrado por la Policía Nacional Civil(PNC), la Fuerza Armada(FAES) y la Comisión Ejecutiva Portuaria Autónoma(CEPA). Está bajo el mando del Presidente de la República, ejercido a través del Director de la Policía Nacional Civil y del Presidente de CEPA, en coordinación con el Ministro de Justicia y Seguridad Pública.

adulterantes: levamisol, cafeína, lidocaína, paracetamol, benzocaína, para lo cual se necesitó los equipos de Cromatografía de Gas acoplado a un detector de Ionización de Llama (GC-FID) y un Cromatógrafo de Gas acoplado a un detector de espectrometría de Masas(GC-MS), en el que por el GC-MS se identifica la sustancia controlada como las sustancias adulterantes y por el GC-FID se cuantifica el porcentaje presente de Cocaína y/o la Heroína, en los cuales se han obtenido datos desde 2.3 % hasta el 91.00 %, que bajo la Ley Reguladora de las Actividades Relativas a las Drogas, lo establece, según el inciso “f” del Artículo 6 del capítulo II y el Artículo 65 del Capítulo 5 y se hace del conocimiento a la institución solicitante mediante un informe brindado por los Analistas.

Ya finalizado el análisis y presentado el informe a los diferentes Juzgados y Tribunales del país, al concluir el proceso se asiste a la Destrucción de Sustancias Controladas a nivel nacional para lo cual se cuentan con dos Técnicos especialistas que en los años mencionados anteriormente se han asistido a 5,087 destrucciones de Sustancias Controladas entre ellas marihuana, cocaína base, cocaína clorhidrato, heroína y anfetaminas, realizadas mediante los procesos de incineración y dilución (Véase Tabla 39).

**Tabla 39. Análisis de Sustancias Controladas, período 2010 - 2014**

ACTIVIDAD	AÑOS					TOTAL
	2010	2011	2012	2013	2014	
Casos Recibidos	927	711	855	967	1,146	4,606
Casos Analizados	932	708	783	924	1,144	4,491
Número de Evidencias Recibidas	2,281	8,070	2,765	3,020	2,884	19,020
Número de Evidencias Realizadas	2,342	7,920	2,699	3,260	2,476	18,697
Destrucciones Recibidas	930	947	1,306	1,156	1,589	5,928
Destrucciones Realizadas	716	809	1,020	1,060	1,482	5,087

Fuente: División Técnica y Científica, Policía Nacional Civil.

- **Lavado de dinero y activos, acciones realizadas**

El lavado de activos es un fenómeno que, como a cualquier país del mundo, debe preocupar, y El Salvador no es la excepción, debido a la debilidad de sus instituciones y al alza desproporcionada de la criminalidad registrada en los últimos años. Este fenómeno criminal no es exclusivo de El Salvador, así lo afirma el PNUD “*La inseguridad ciudadana se ha convertido en un reto inaplazable para el*

*desarrollo humano de América Latina y el Caribe. Los ciudadanos de la región señalan el delito y la violencia como factores que limitan sus oportunidades reales y su derecho a vivir una vida libre de temor y de amenazas. Cinco de cada diez latinoamericanos perciben que la seguridad en su país se ha deteriorado: hasta un 65% han dejado de salir de noche por la inseguridad y 13% reportó haber sentido la necesidad de cambiar su residencia por temor a ser víctima del delito".* En el país esta situación es atribuida principalmente a las llamadas maras o pandillas; lo que puede a llevar desatender otras prioridades, como prevenir, detectar y contener la corrupción y la infiltración de criminalidad organizada en las diferentes instituciones del Estado, específicamente aquellas encargadas de la Administración de Justicia. Son estos los principales objetivos que conlleva el blanqueo de capitales, no solo el disfrute de las ingentes ganancias que dejan ciertos delitos a sus autores, sino que al final lo que buscan es socavar las bases democráticas sobre las que se asientan los Estados y el sistema socioeconómico que adopta el mismo, ya que la riqueza amasada por las organizaciones criminales, sirve entre otras cosas, para corromper a funcionarios de todas las esferas y de todas las instituciones (Órgano Legislativo, Judicial, Ejecutivo, Ministerio Público, entre otros), lo que les genera impunidad por una parte, al tener a su servicio funcionarios del Poder Judicial, de Fiscalía y de la Policía; pero que también les permite ir ganando espacio en cargos de elección popular o de elección secundaria, en tanto la economía que van produciendo a su alrededor les permite ir gozando de aceptación popular en sus comunidades, al mostrarse dadivosos con sus miembros más vulnerables, ganando aprobación al comprar voluntades (tal es el caso del grupo criminal autodenominado "Los Perrones" en el oriente del país), así como también financiarse campañas electorales (caso de los ex diputados suplentes Silva Pereira, Eliú Martínez, u otros casos de los que actualmente están siendo procesados) infiltrándose en partidos políticos o a través del pago de favores, para ser elegidos o designados como funcionarios, partiendo del entendido de que toda aportación que hacen le es devuelta después.

Ciertamente el narcotráfico es una de las figuras delictivas que mayores ganancias económicas dejan a las organizaciones criminales, según la ONU solo en los países de las Américas los ingresos anuales generados por esta actividad rondan los USD 150,000 millones (47% de lo que se genera a nivel mundial que se estima

en USD 320,000 millones), y aunque El Salvador no es un país productor, pero se encuentra situado en el paso del sur, volviéndose así en el corredor Centroamericano, por tener una posición geográfica privilegiada entre el sur (donde se produce la droga) hacia el norte (donde mayormente se consume), dejando en su tránsito la violencia propia de este fenómeno delincencial, ya que se forman redes para controlar el paso seguro de la “mercancía” de un lugar a otro y también para afianzar el dominio del mercado interno que se genera de lo que queda en el camino, que es lo que estamos enfrentando, debido a que las maras o pandillas también están incursionando en este “negocio”.

Es en este contexto, el lavado de dinero juega un papel importante para los delincuentes de toda índole, no solo para las organizaciones criminales de narcotraficantes, maras o pandillas, funcionarios corruptos o evasores de impuestos; pues deben buscar los mecanismos necesarios para hacer surgir las ganancias económicas sin ser detectados, y de esa forma dar apariencia de legalidad a los activos obtenidos de conductas ilícitas.

Hay que destacar que también es cierto, que las consecuencias que genera este tipo de conducta no es de percepción inmediata o visible, ya que el daño no está dirigido a una persona individual, sino que afecta la macroeconomía de los países, tal como lo señala el autor Lombardero, Luis (2009), que cita: *“... se dificulta a las organizaciones políticas dotar de poder tributario y diseñar políticas económicas, por el falseamiento que se produce en las estadísticas macroeconómicas a causa del blanqueo de capitales... ...se producen distorsiones en la demanda monetaria sin causa aparente que lo justifique... ...se producen burbujas en determinados sectores... ...inestabilidad financiera por la creación de activos poco sólidos... ... y poca recaudación tributaria...”*; y estas circunstancias son las que exige que las autoridades al frente de todas las agencias estatales, no solo tengan idoneidad para desempeñar el cargo, sino además se requiere de un compromiso con la transparencia, integridad, responsabilidad y legalidad, máximas que le permitirán visualizar los mecanismos más eficaces y efectivos no solo para comprender la complejidad del delito de Lavado de Dinero, sino también para prevenirlo, detectarlo y reprimirlo.

## MARCO NORMATIVO

El Salvador, como Estado miembro del Sistema de la Organización de las Naciones Unidas, ratificó la Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas<sup>10</sup>, el veinticuatro de septiembre de mil novecientos noventa y tres, vigente desde el veinticinco de octubre de ese mismo año.

En este instrumento por primera vez El Salvador entra en contacto, al menos de manera formal, con el tema de lavado de activos, pues en su artículo 3.1.b. i., ii. y 3.1.c.i, se insta a los Estados miembros, a regular como conductas delictivas aquellas figuras destinadas a legitimar bienes de origen ilícito relacionado a la narcoactividad, pero no es hasta el treinta de octubre de mil novecientos noventa y siete, con la ratificación del Convenio Centroamericano para la Prevención y Represión de los Delitos de Lavado de Dineros y de Activos relacionados con el Tráfico Ilícito de Drogas y Delitos Conexos<sup>11</sup> (vigente desde el cuatro de diciembre de mil novecientos noventa y siete), que se reconoce de manera más clara este problema y se sientan las bases para lo que sería la Ley contra el Lavado de Dinero y de Activos<sup>12</sup> (en adelante LCLDA), la cual se encuentra vigente desde el dos de junio de mil novecientos noventa y nueve.

Con ella se pretende cumplir los estándares internacionales fijados por Organismos Internacionales, específicamente del Grupo de Acción Financiera Internacional (GAFI), por lo que se crea la Unidad de Investigación Financiera (artículo 3), la que se adscribe como Unidad primaria de la Fiscalía General de la República, dándole competencia en la detección y represión de los delitos que se contemplan en ella (artículos 4, 5, 7 y 8). El Salvador en el tema de la tipificación de las conductas delictivas, optó por considerar como hecho generador cualquier figura delictiva capaz de generar dinero o bienes que posteriormente haya la necesidad de legalizar, aunque es cierto que se hace una descripción de quince supuestos (artículo 6) que generan el delito de legitimación de capitales, pero de esta manera se reconoce que no solo el narcotráfico produce recursos económicos, sino que también otras figuras como corrupción, defraudaciones, el comercio ilegal de armas y mercancías, la trata de personas, la evasión fiscal, entre otros. Así mismo se

---

<sup>10</sup> Ratificada el 24/09/1993 y publicada en el Diario Oficial N° 198, Tomo 321 de fecha 25/10/1993.

<sup>11</sup> Ratificado el 30/10/1997 y publicada en el Diario Oficial N° 227, Tomo 337 de fecha 04/12/1997.

<sup>12</sup> Decreto Legislativo N° 498 de fecha 02/12/1998, Publicado en el Diario Oficial N° 240, Tomo 341 de fecha 23/12/1998.

desarrolla lo relativo a los sujetos obligados a cumplir con las normas de debida diligencia de conocimiento del cliente, de reportes de operaciones que sobrepasaban determinados umbrales y aquellas consideradas como sospechosas, la obligación de llevar registros de sus clientes y conservarlos por un período de al menos cinco años, la prohibición de mantener cuentas anónimas con nombres manifiestamente ficticios, así como las sanciones por incumplir con tales obligaciones (artículos del 9 al 15).

Finalmente se contempla lo relativo a las facultades investigativas de la Unidad de Investigación Financiera, a quien se designa como la competente para conocer el tema de los reportes que están comprometidos a realizar los sujetos obligados, lo relativo a la colaboración interinstitucional, el levantamiento del secreto bancario y tributario, cuando riña con la investigación del blanqueo de capitales, el tema de contrabando de dinero en efectivo, las medidas cautelares y el comiso de bienes (artículos 16 al 25).

Como complemento a la Ley, se aprueba el veintiuno de enero de dos mil, el Reglamento de la Ley contra el Lavado de Dinero y de Activos<sup>13</sup>, desarrollando aspectos relativos a ejemplificar conductas que puedan ser consideradas como irregulares o sospechosas (artículos 12 al 18).

En fecha dieciséis de julio de dos mil uno, se aprobó el Instructivo de la Unidad de Investigación Financiera para la Prevención del Lavado de Dinero y de Activos en las Instituciones de Intermediación Financiera, vigente desde el uno de febrero de dos mil dos hasta el treinta y uno de mayo de dos mil trece, norma con la que se pretendió ser más exhaustivo con respecto a las tipologías de blanqueo de capitales y los deberes para los sujetos obligados en la lucha contra este flagelo.

Otros instrumentos internacionales de importancia en la Lucha contra el blanqueo de capitales son la Convención de las Naciones Unidas contra la Delincuencia Organizada Transnacional<sup>14</sup> y Convención de las Naciones Unidas contra la Corrupción<sup>15</sup>, en los que se insta a los Estados parte a tipificar como conductas de

---

<sup>13</sup> Decreto Ejecutivo N° 2, Diario Oficial N° 21, Tomo 346 de fecha 31/01/2000.

<sup>14</sup> Ratificada el 16/10/2003, publicada en el Diario Oficial N° 211, Tomo 361 de fecha 12/11/2003

<sup>15</sup> Ratificada el 20/05/2004, publicada en el Diario Oficial N° 119, Tomo 363 de fecha 28/06/2004.

lavado de dinero, aquellos hechos que tengan como generador la corrupción o los delitos ejecutados por la delincuencia organizada, lo que va acorde con nuestra legislación, como antes se señaló.

Finalmente cabe destacar que El Salvador, desde el año dos mil tres, inició una reforma integral de la normativa relacionada al lavado de activos, para adecuarse a estándares internacionales y cumplir con las recomendaciones del Grupo de Acción Financiera del Caribe (GAFIC), organismo del que forma parte nuestro país, aspectos que serán abordados más adelante.

### **Delitos Fuente del Lavado de Activos**

El lavado de dinero, activos o capitales, blanqueo de capitales, reciclaje, legitimación de capitales o de activos, son expresiones utilizadas para referirse al fenómeno consistente en el conjunto de actos desarrollados para encubrir u ocultar el origen de todos aquellos bienes/activos obtenidos a través de la comisión de conductas delictivas, con la finalidad de darles una apariencia de legalidad, para de esa manera introducirlos al tráfico lícito de bienes y poder disfrutar de dicho producto o continuar empleándolo en la comisión de nuevos crímenes.

Así Blanco Cordero lo define como “...*Proceso en virtud del cual los bienes de origen delictivo se integran en el sistema económico legal con apariencia de haber sido obtenidos de forma lícita...*”; Fabián Caparrós dice que es “...*El proceso tendente a obtener la aplicación en actividades económicas lícitas de una masa patrimonial derivada de cualquier género de conductas ilícitas, con independencia de cuál sea la forma que esa masa adopte, mediante la progresiva concesión a la misma de una apariencia de legalidad...*”; finalmente Díez Ripollés expresa que se trata de “...*Procedimientos por los que se aspira a introducir en el tráfico económico-financiero legal los cuantiosos beneficios obtenidos a partir de la realización de determinadas actividades delictivas especialmente lucrativas, posibilitando así un disfrute de aquellos jurídicamente incuestionados...*”.

En todas las definiciones antes mencionadas, observamos elementos comunes tales como: proceso, actos concatenados, el objeto material, que está constituido por ganancias, recursos, bienes, dinero, beneficios; la finalidad que es legitimar, encubrir u ocultar la verdadera naturaleza de tales bienes, para permitir que el delincuente goce los mismos.

De lo anterior se concluye que para estar en presencia de lavado de dinero, previamente debe ejecutarse un delito que implique para sus autores o partícipes, la producción de una ganancia, capaz de medirse o valorarse económicamente, y es precisamente esta realidad la que llevo a los Estados a entender que la forma de combatir a la delincuencia, no solamente se hace a través de penas privativas de libertad, por los delitos consumados, sino que también se hace abordando el tema del agotamiento del mismo, es decir, una vez se ha obtenido, por ejemplo en el caso del narcotráfico, el pago por la venta de la droga, está en la etapa del agotamiento, ya que el delito se consuma, desde el momento en que se transporta la droga con la intención de comerciar con ella, aspecto que antes de la Convención de Viena de 1988, era impune, pero a partir de este instrumento, se tomó conciencia, que una manera efectiva de debilitar a los carteles de narcotraficantes, era impidiendo que el dinero ingresa al tráfico lícito de bienes, al mercado legal, y el hecho de pretender hacerlo a través del uso de artilugios, es lo que vino a convertirse en el núcleo esencial de lo prohibido en estas figuras.

En el tema de los delitos fuente del lavado de capitales, se suele acoger diferentes formas de regulación, desde aquellos que únicamente consideraban como hecho generador las conductas relacionadas al narcotráfico, pasando por aquellos sistemas en los que son precedentes del blanqueo exclusivamente delitos graves, o incluso en algunos países se habla de cuantía o de un catálogo de figuras ilícitas que se estiman como subyacentes de la legitimación de activos; hasta aquellos que consideran que puede serlo cualquier hecho antijurídico que genere recursos económicos. En el caso salvadoreño, pareciera que el legislador se decidió por una fórmula mixta, pues en el artículo 6 de la LCLDA se describen alrededor de quince figuras delictivas, pero finalmente tiene una cláusula de apertura, que permite considerar como hecho generador “...*Todo acto de encubrimiento y legalización de dinero o bienes procedentes de actividades delictivas...*”, con lo que se pretende

evitar lagunas de impunidad, ante la falta de previsión; siendo en tal sentido una opción acertada por el legisferante salvadoreño.

Finalmente sobre este punto es importante señalar, que aunque se precisa de un hecho generador para el delito de lavado, esto no implica que debe probarse la existencia del tipo penal subyacente, sino que basta que la relación de los activos que se dicen son de origen ilícitos, sea de manera indiciaria o indirecta, lo que se debe a la autonomía del delito de blanqueo de capitales, de lo contrario sería difícil probar la existencia de esta figura. Planteamiento que ha sido acogido y consolidado por la Sala de lo Penal de la Corte Suprema de Justicia a través de sus sentencias dictadas en los procesos **288-CAS-2004** de las diez horas del veintiocho de junio de dos mil seis, **107-CAS-2008**, de las nueve horas y cincuenta minutos del dieciséis de febrero de dos mil once, **4-CAS-2010**, de las once horas y diez minutos del seis de mayo de dos mil once, entre otras; en las que se ha considerado, que no interesa probar el delito específico que ha generado los activos, sino que se puede concluir que los mismos proceden de una actividad criminal.

Ahora bien, como ya antes había sido señalado se consideran como fuentes de lavado de activos los delitos relacionados al narcotráfico previstos en el Capítulo IV de la Ley Reguladora de las Actividades Relativas a las Drogas; los delitos de corrupción, señalándose principalmente el enriquecimiento ilícito, negociaciones ilícitas, peculado; delitos contra la administración de justicia, mencionándose el soborno y prevaricato; delitos contra el patrimonio privado como el hurto y robo de vehículos, extorsión, la administración fraudulenta y la estafa; la trata de personas, comercio ilegal de armas, el contrabando de mercadería y el secuestro.

Este listado como ya se explicó, es de carácter ejemplificativo, pues de lo único que se trata es de explicar que siempre y cuando una figura delictiva, genere recursos económicos a su autor, éste tratará de introducirlos a la economía legal, para integrarlos y poder disfrutarlos, pero será tarea del Estado en primer lugar prevenir que ello no suceda, en caso acontecer detectarlo y reprimirlo.

### Acciones realizadas por el País contra el Lavado de Activos.

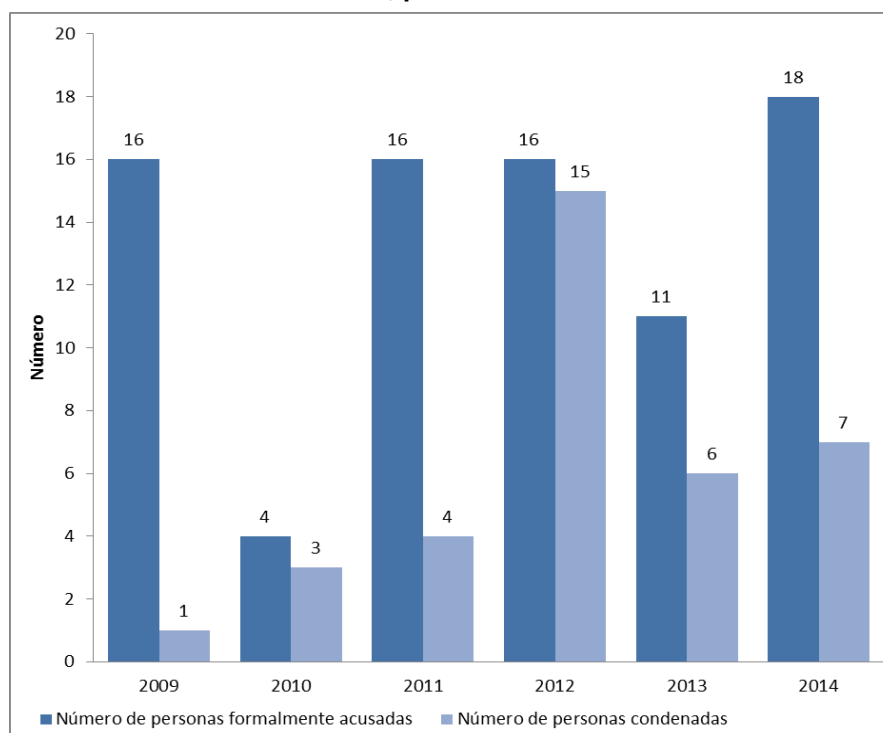
El Salvador en los últimos años ha realizado un importante esfuerzo para combatir de manera más efectiva y acorde a parámetros internacionales el lavado de activos, a través de la revisión integral de sus normas y políticas de concientización, sin descuidar la represión del delito. En la Tabla 40 y en el Gráfico 11, se muestran el número de personas procesadas por delitos relacionados al lavado de activos.

**Tabla 40** Número de personas que fueron formalmente acusadas y condenadas por delitos de lavado de dinero, período 2009-2014.

Año	Número de personas formalmente acusadas	Número de personas condenadas
2009	16	1
2010	4	3
2011	16	4
2012	16	15
2013	11	6
2014	18	7

Fuente: Unidad de Investigación Financiera, Fiscalía General de la República.

**Gráfico 11** Cantidad de personas formalmente acusadas y condenadas por delitos de lavado de dinero, período 2009-2014.



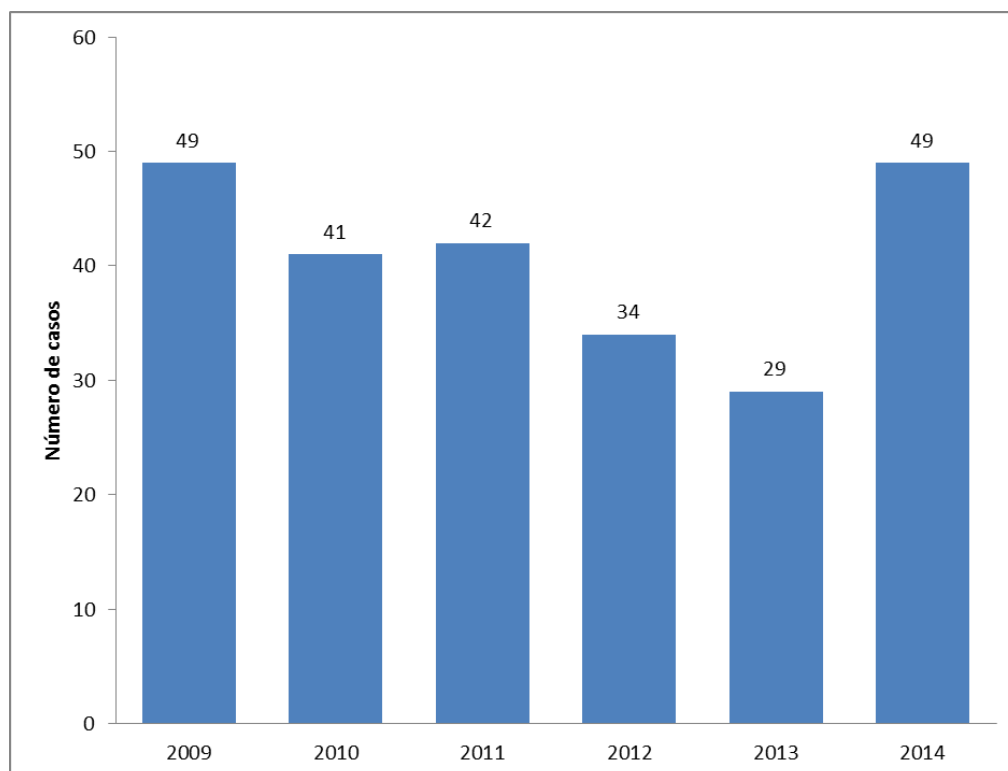
Fuente: Unidad de Investigación Financiera, Fiscalía General de la República.

Cabe destacar que el mayor porcentaje de expedientes judicializados, son por el delito de casos especiales de lavado de dinero y de activos, previsto en el artículo 5 de la LCLDA, específicamente por conductas relacionadas al contrabando de dinero en efectivo por fronteras terrestre y aérea.

En el Gráfico 12, se muestra la cantidad de expedientes que ingresaron al área fiscal de la Unidad de Investigación Financiera, es decir, aquellos casos de los cuales se abrió una investigación por delitos relacionados al lavado de activos.

Como consecuencia de los procesos llevados a los Tribunales se han obtenido a favor del Estado en concepto de decomisos para los años 2010, la cantidad de USD 15,536,313.42; en el año 2013 se decomisó la cantidad de USD 1,731,755.00, producto de nueve casos con sentencias condenatorias; y durante el año 2014 se decomisó la cantidad de USD 886,610.00, consecuencia de ocho procesos cuyo resultado fue condenatorio.

**Gráfico 12. Casos en que se inició investigación por delitos de lavado de activos, período 2009 – 2014.**



Fuente: Fiscalía General de la República

En el tema de asistencias internacionales durante los años 2013 y 2014, la Unidad de Investigación Financiera realizó la cantidad de 19 y 23 solicitudes de asistencia respectivamente.

En el tema de cumplimiento de los estándares internacionales dictados por el GAFI, El Salvador, desde el año 2013, inició una reforma intensa de la LCLDA, tal como se detalla en el Anexo N°1 (Véase Anexo N°3).

Las reformas citadas anteriormente fueron aprobadas por medio de los siguientes decretos:

- 1) Decreto Legislativo N° 1033, del 26/04/2006, publicado en el Diario Oficial No. 95, Tomo 371, de fecha 25/05/2006.
- 2) Decreto Legislativo No. 568, del 05/12/2013, publicado en el Diario Oficial No. 9, Tomo 402, de fecha 16/01/2014.
- 3) Decreto Legislativo No. 749, del 16/07/2014, publicado en el Diario Oficial No. 143, Tomo 404, de fecha 07/08/2014.
- 4) Decreto Legislativo No. 774, del 14/08/2014, publicado en el Diario Oficial No. 161, Tomo 404, de fecha 02/09/2014.
- 5) Decreto Legislativo No. 777, del 21/08/2014, publicado en el Diario Oficial No. 163, Tomo 404, 4 de fecha 04/09/ 2014.

Con las enmiendas antes detalladas, se cumplió con las recomendaciones del GAFI en el tema de lucha contra el blanqueo de capitales y la financiación del terrorismo, y se le adicionaron competencias a la UIF, en aspectos relativos a la prevención, tales como la posibilidad de realizar auditorías e inspecciones a los sujetos obligados y campañas de concientización en la lucha contra dicho fenómeno criminal.

En este sentido, la UIF ha tomado un papel protagónico en la formación para la lucha contra el lavado de activos, coordinando y colaborando en la realización de capacitaciones, en los temas que se detallan en la Tabla 41.

**Tabla 41 Capacitaciones desarrolladas por la UIF en el periodo 2013 – 2015.**

Nº	Nombre de Curso	Mes
1	Capacitación Marco Regulatorio ALD/CFT dirigido a Actividades y Personas No Financieras Designadas(APNFD's),	07 de 2013
2	Curso Reglamento de Seguridad y Confidencialidad para el manejo, almacenamiento, protección y procedimiento para detectar el acceso a la información vulnerable	01 de 2015
3	Curso Ética en el manejo de la Información Reservada, Secreto Profesional y Sanciones por el incumplimiento de la Confidencialidad	02 de 2015
4	Taller Mejores Prácticas de Seguridad de la Información Confidencial	02 de 2015
5	Curso de Políticas de Emisión y Recepción de Información de las UIF's Extranjeras	02 de 2015
6	Curso de Instructivo para el Acceso y Prevención de Ingresos para el Personal no autorizado a las instalaciones de la UIF	02 de 2015
7	Curso Principios para los Intercambios de Información EGMONT	03 de 2015
8	Curso Ley y Reglamento contra el Lavado de Dinero y de Activos	03 de 2015
9	Curso Instructivo de la UIF para la prevención del Lavado de Dinero y de Activos	03 de 2015
10	Curso Políticas de Emisión y Recepción de Información de UIF	03 de 2015
11	Curso Ética en el Manejo de Información Reservada	03 de 2015

Fuente: Unidad de Investigación Financiera, Fiscalía General de la República.

El diecisiete de mayo de dos mil trece, se aprobó el nuevo Instructivo de la Unidad de Investigación Financiera para la Prevención del Lavado de Dinero y de Activos, solo que en este caso, según acuerdo número **85** del señor Fiscal General e la República, publicado en el Diario Oficial N° 119, Tomo 400 de fecha 01/07/2013, derogándose por completo el anterior, con el que se pretende estar acorde con las reformas a la LCLDA y a las Recomendaciones del GAFI.

Por su parte el Banco Central de Reserva de El Salvador a través de su Comité de Normas Técnicas aprobó en Sesión CN-14/2013 en fecha catorce de noviembre de dos mil trece, las Normas Técnicas para la Gestión de los Riesgos de Lavado de Dinero y de Activos y Financiamiento al Terrorismo.

Siempre en el tema revisión de la situación contra el blanqueo del país, actualmente (desde el mes de abril de 2014), se está trabajo en un proyecto de Evaluación Nacional de Riesgos de El Salvador (ENR), bajo el financiamiento del Banco Mundial, para determinar las zonas y actividades más susceptibles para el lavado de activos.

Finalmente es importante destacar que el Señor Fiscal General de la República de El Salvador, desde el veintiocho de noviembre de dos mil catorce asumió la Presidencia del GAFIC.

- **Administración de bienes incautados y decomisados**

En el año 2013, por Decreto Legislativo No. 534 de noviembre de 2013, Publicado en el Diario Oficial No. 223, Tomo No. 401 de ese mismo mes, fue promulgada la “Ley de Extinción de Dominio y de la Administración de Bienes de Origen o Destinación ilícita”. En dicha ley se establecen los procedimientos y disposición de los bienes incautados y decomisados, así como la creación del Consejo Nacional de Administración de Bienes (CONAB) como el organismo encargado de la administración y disposición de bienes incautados, que está adscrito al Ministerio de Justicia y Seguridad Pública para efectos presupuestarios. Asimismo, El Salvador ha participado en programas de capacitación de administración de bienes incautados y decomisados, a través del Proyecto de Administración de Bienes Incautados y Decomisados en América Latina (BIDAL).

Considerando los indicadores epidemiológicos y registros oficiales del último período en cuanto al área de Reducción de la Oferta, según se han citado anteriormente, se expone el siguiente cuadro resumen donde se contrastan los resultados esperados con los resultados obtenidos en el último período en el país (Véase Tabla 42).

**Tabla 42. Comparación de los resultados esperados con los resultados obtenidos en el último período en el país, en el área de Reducción de la Oferta. ENA 2011-2015.**

ÁREAS	RESULTADOS ESPERADOS EN EL ÚLTIMO PERÍODO 2009-2014	COMPONENTE	RESULTADOS OBTENIDOS EN EL ÚLTIMO PERÍODO 2009-2014
REDUCCIÓN DE LA OFERTA	Prevenir y combatir la oferta ilícita de drogas y evitar la utilización del territorio nacional como puente para el narcotráfico, el lavado de dinero y activos, el tráfico ilícito de armas de fuego, sus piezas, componentes y municiones, y demás delitos conexos.	Oferta de drogas	Los datos policiales señalan que de los detenidos por actividades de tráfico ilícito y posesión de drogas, un amplio porcentaje son jóvenes de entre 15 y 24 años de edad, mayormente del sexo masculino; lo que hace evidente la necesidad de estudiar y profundizar en el análisis de esta problemática, para conocer el perfil de los consumidores, identificar los factores de riesgo, y orientar el abordaje en este tema. En cuanto al narcotráfico, el país ha sido catalogado como un país de tránsito, y en el último período el tráfico ilícito de drogas en el territorio salvadoreño ha incrementado, utilizado como puente, del Sur al Norte del continente.
		Tráfico ilícito de drogas	En el ámbito de reducción de la oferta, medidas de control y delitos conexos, se logró la formación y capacitación de recurso humano para fortalecer los mecanismos de control en el combate al tráfico ilícito de drogas, control y prevención del desvío de sustancias sujetas a fiscalización, así como en la lucha contra el lavado de activos. No obstante, considerando que el problema de las drogas es variable, se debe establecer un programa de formación y especialización continua del recurso humano involucrado en el tema. El país ha avanzado en la promulgación de Leyes para la administración de bienes incautados, de origen ilícito.
		Lavado de dinero y activos	Se ejecutan análisis y destrucción de Sustancias Controladas en la División de la Policía Técnica y Científica de la Policía Nacional Civil, y se cuenta con reportes de las persona detenidas, procesadas y condenadas por posesión y comercialización de sustancias.
		Tráfico ilícito de armas	

Fuente: Propia

### C) Área de Control de Sustancias y Productos Sujetos a Fiscalización.

- **Medidas de Control de Sustancias**

En cuanto a los procedimientos de control de importación, exportación y comercialización de productos controlados, en El Salvador, esta facultad le corresponde la Dirección Nacional de Medicamentos (DNM), de conformidad a lo establecido en el Artículo 6, literal q de la Ley de Medicamentos, esta responsabilidad es compartida respecto a los controles establecidos en la Ley Reguladora de las Actividades Relativas a las Drogas y el Reglamento de Estupefacientes, Psicotrópicos, Precursores, Sustancias y Productos Químicos y

Agregados, con la División Antinarcoóticos de la Policía Nacional Civil (DAN/PNC) y con la Fiscalía General de la Republica. Adicionalmente por las características de los controles existe coordinación de actividades con otras entidades de Gobierno como: Dirección General de Aduanas y la Comisión Ejecutiva Portuaria Autónoma (CEPA), a efecto de verificar los ingresos de entradas y salida de sustancias de El Salvador.

Por ley en El Salvador, la DNM controla y fiscaliza los procesos de producción, fabricación, extracción, almacenamiento, transporte, importación exportación, en cumplimiento a lo planteado la DNM desde sus inicios ha invertido en proceso de formación de su personal para mejorar los controles y facilitar los procesos de autorización para las empresas legalmente establecidas y que emplean las sustancias para proceso lícitamente establecidos.

Desde el año 2012, se ha contado con el apoyo del Proyecto “Prevención del Desvío de Sustancias Precursoras de Drogas en los Países de América Latina y el Caribe” (PRELAC), proyecto financiado por la Unión Europea e implementado por la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC). En el marco de dicho Proyecto logro la implementación de un moderno sistema informático para el control y fiscalización de sustancias controladas, el cual ha sido donado por el Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas (CONSEP) de Ecuador, para lo cual se han realizado jornadas de capacitación sobre procesos de fiscalización.

Con apoyo del Programa de Asistencia para el Control de Armas y Municiones de Centro América (PACAM), de la Organización de Estados Americanos (OEA) se ha capacitado a personal de la DNM sobre **“Manejo, Transporte, Identificación y Almacenamiento de Precursores”**.

Con el objeto de asegurar a la población salvadoreña la disponibilidad de medicamentos clasificado como Estupefacientes, Psicotrópicos o agregados, y que por los problemas de salud requieran utilizar, así como ejecutar los controles establecidos en la reglamentación para la correcta forma de prescripción y uso de

los mismos, se ha implementado el proyecto de “**Sistema Descarga de Recetas en Línea**”. Para lo cual se han desarrollado jornadas de capacitación a personal involucrado con la dispensación, en las farmacias autorizadas para la comercialización de medicamentos controlados.

Los resultados de control y fiscalización relacionados con productos farmacéuticos se resumen en la Tabla 43.

**Tabla 43. Actividades Regulatorias Relacionadas al Control de Productos Farmacéuticos. Período 2009-2014.**

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	TOTAL
<b>Actividades Regulatorias</b>							
<b>Número de licencias emitidas a:</b>							
Importadores	47	263	348	503	475	338	1974
Exportadores	34	270	393	349	289	144	1479
Fabricantes	32	****	****	****	****	****	32
Distribuidores	49	****	****	****	****	****	49
Otros (farmacias, depósitos dentales, botiquines y centros de salud nacionales y privados, laboratorios de análisis de universidades autorizados para importar, comercializar y distribuir productos farmacéuticos y agregados)	631	****	****	35	34	46	746
							0
<b>Número de permisos emitidos para:</b>							0
Importación	496	84		35	34	46	695
Exportación	306	****	****	****	****	****	306
Otros (transferencias de mayoristas a minoristas, transferencias entre establecimientos de salud, etc.)	7,463	8,882	8,373	10,223	9,404	8,773	53118
<b>Entidades Reguladas</b>							
<b>Número de inspecciones realizadas:</b>							
<b>Farmacias</b>	5	8	1			1	15
Importadores	9	36	8	5	16	14	88
Exportadores	5	****	****	****	****	****	5
Fabricantes	3	3	****	****	****	****	6
Distribuidores	12	4	****	3	6	3	28
Otros (botiquines, hospitales, centros de salud, depósitos dentales farmacias)	24	10	****	****	1	2	37

Fuente: Dirección Nacional de Medicamentos

De conformidad a lo establecido en el Art. 31 de la Convención Única de 1961, sobre Estupefacientes y el Art. 12 de la Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas de 1988, se autorizaron en el periodo comprendido de julio del 2012 hasta diciembre del 2014, *novecientos cincuenta y una (951) Licencias de Exportación* de sustancias precursoras, a los diferentes países de Centro América, datos que se presentan en la Tabla 44.

**Tabla 44. Autorización de Exportaciones de Sustancias Precursoras**

País / Año	2012	2013	2014	Total
Guatemala	77	201	174	452
Honduras	22	47	32	101
Nicaragua	36	92	58	186
Costa Rica	28	85	81	194
Panamá	3	9	1	13
Belice	0	3	2	5
Total	166	437	348	951

Fuente: Dirección Nacional de Medicamentos.

- **Regulaciones**

A efecto de regular las sustancias estupefacientes, psicotrópicas y precursoras, en El Salvador se tiene como marco regulatorio lo establecido en las convenciones de Naciones Unidas como son: la Convención Única sobre Estupefacientes de 1961, modificada por el Protocolo de 1972; la Convención sobre sustancias Psicotrópicas de 1971 y la Convención contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas de 1988; la Ley de Medicamentos y Reglamento de Estupefacientes, Psicotrópicos, Precursores, Sustancias y Productos Químicos y Agregados. Con el apoyo del proyecto PRELAC, se está trabajando en la formulación de una Ley para el control y fiscalización de sustancias precursoras.

En el año 2012, producto de la entrada en vigencia de la Ley de Medicamentos, se revisó y actualizó el Reglamento de Estupefacientes, Psicotrópicos, Precursores, Sustancias y Productos Químicos y Agregados, actualización que entró en vigencia en febrero del 2013.

De manera concreta, los resultados alcanzados en el área de Control de Sustancias y Productos sujetos a fiscalización, se presentan en la Tabla 45.

**Tabla 45. Comparación de los resultados esperados con los resultados obtenidos en el último período en el país, en el área de Control de Sustancias y Productos Sujetos a Fiscalización. ENA 2011-2015.**

ÁREA	RESULTADOS ESPERADOS EN EL ÚLTIMO PERÍODO 2009-2014	RESULTADOS OBTENIDOS EN EL ÚLTIMO PERÍODO 2009-2014
CONTROL DE SUSTANCIAS Y PRODUCTOS SUJETOS A FISCALIZACIÓN	Prevenir y reducir la oferta, uso ilícito y desvío de sustancias y productos sujetos a fiscalización.	En el ámbito de reducción de la oferta, medidas de control y delitos conexos, se logró la formación y capacitación de recurso humano para fortalecer los mecanismos de control en el combate al tráfico ilícito de drogas, control y prevención del desvío de sustancias sujetas a fiscalización, así como en la lucha contra el lavado de activos. No obstante, considerando que el problema de las drogas es variable, se debe establecer un programa de formación y especialización continua del recurso humano involucrado en el tema. Para fortalecer los controles de sustancias químicas y evitar su desvío hacia canales ilícitos para la producción de drogas sintéticas, en el país, se emitieron acuerdos para regular el control y manejo de pseudoefedrina como materia prima y productos farmacéuticos que la contengan; así como el acuerdo para la prohibición de la efedra, efedrina y pseudoefedrina, materia prima y productos farmacéuticos que la contengan.

Fuente: Propia.

## D) Áreas Transversas

- **Entidad Rectora**

Como se ha señalado, la CNA es la entidad encargada de planificar, coordinar, supervisar y evaluar los planes, estrategias y políticas gubernamentales en las áreas de reducción de la demanda, reducción de la oferta, medidas de control, observatorio de drogas, cooperación internacional, legislación, formación y capacitación, coordinación, y fortalecimiento institucional. La CNA cuenta con la Dirección Ejecutiva de la CNA, la cual está adscrita presupuestaria y administrativamente al Ministerio de Justicia y Seguridad Pública. En la Tabla 46, se detalla el monto del presupuesto asignado para el funcionamiento de la

Dirección Ejecutiva de la CNA durante el período de 2010 a 2014, recibiendo un total de USD1,429,885.01 millones, de los cuales el 83.09% fue asignación de gobierno y un 16.91% de aportes internacionales (Véase Tabla 46).

**Tabla 46. Monto de presupuesto ejecutado para el funcionamiento de la Comisión Nacional Antidrogas durante el período 2010-2014. (Cifras en USD)**

Ejercicio fiscal	Presupuesto total recibido	Asignación del Gobierno 1/	Aportes Internacionales 2/
2010	226,265.88	208,779.19	17,486.69
2011	249,885.38	237,580.98	12,304.40
2012	288,347.86	261,374.86	26,973.00
2013	325,172.72	235,172.72	90,000.00
2014	340,213.17	245,213.17	95,000.00
Total	1,429,885.01	1,188,120.92	241,764.09

Fuente: Comisión Nacional Antidrogas elaboración propia con base a informes recibidos del Ministerio de Justicia y Seguridad Pública.

1/ Dirección Financiera Institucional del Ministerio de Justicia y Seguridad Pública

2/ Dirección Ejecutiva de la Comisión Nacional Antidrogas

La CNA a través de su Dirección Ejecutiva, en cumplimiento con las convenciones internacionales suscritas y ratificadas por El Salvador en materia de drogas<sup>16</sup>; en consonancia con las metas y objetivos de la Estrategia Hemisférica sobre Drogas<sup>17</sup> y el Plan de Acción de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) de la Organización de los Estados Americanos (OEA), y la “Declaración Política y el Plan de Acción sobre Cooperación Internacional a favor de una Estrategia Integral y Equilibrada para contrarrestar el Problema Mundial de las Drogas” aprobada durante el 52° período de sesiones de la Comisión de Estupefacientes de Naciones Unidas celebrada en marzo de 2009, en coordinación con los actores relevantes y entidades competentes con el tema en el país, elaboró la Estrategia Nacional Antidrogas 2011-2015, que fue aprobada por el Presidente de la República y los funcionarios que conforman la Comisión Nacional Antidrogas en marzo de 2011. Dicha estrategia cubre las áreas de reducción de la demanda,

<sup>16</sup> Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas de 1988, la Convención de las Naciones Unidas contra la Delincuencia Organizada Transnacional de 2000, la Convención Interamericana sobre Asistencia Mutua en Materia Penal de 1992.

<sup>17</sup> Estrategia Hemisférica sobre Drogas de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas de la Secretaría de Seguridad Multidimensional de la Organización de los Estados Americanos, aprobada en Washington, DC, el 3 de mayo de 2010.

reducción de la oferta, medidas de control de sustancias y productos sujetos a fiscalización; así como áreas transversas (legislación, formación y capacitación, investigación y estudios, sistemas de información y estadísticas, gestión y cooperación, coordinación y fortalecimiento institucional). Es de hacer mención que el país no cuenta con un presupuesto específico para la implementación de la Estrategia Nacional Antidrogas, la fuente de financiamiento proviene de los fondos y recursos que son asignados a cada institución a través del presupuesto general de la nación.

Durante el período de 2010 a 2014, el país destinó un poco más de USD 90 millones, para la implementación de acciones en el marco de la Estrategia Nacional Antidrogas, de los cuales el 47.71% fueron destinados en el ámbito de reducción de la demanda; el 52.21% para reducción de la oferta de drogas y delitos conexos; y un 0.07% para control de sustancias y productos sujetos a fiscalización (Véase Tabla 47).

**Tabla 47. Monto estimado del presupuesto ejecutado para la implementación de la Estrategia Nacional Antidrogas durante el período 2010-2014 (Cifras en USD).**

Ejercicio Fiscal	Reducción de la demanda	Reducción de la Oferta de Drogas y Delitos Conexos	Control de Sustancias y Productos sujetos a fiscalización	Monto Total
2010	8,862,838.51	7,300,569.60	0	16,163,408.11
2011	7,515,292.78	6,361,157.01	0	13,876,449.79
2012	8,294,760.69	9,914,050.99	90.4	18,208,902.08
2013	8,384,653.81	11,027,661.69	19,516.44	19,431,831.94
2014	10,027,319.19	12,548,284.09	47,815.93	22,623,419.21
TOTAL	43,084,864.98	47,151,723.38	67,422.77	90,304,011.13

Fuente: Elaboración propia con base a informes sobre el presupuesto ejecutado por las siguientes entidades: Ministerio de Educación, Ministerio de Salud, FOSALUD, Policía Nacional Civil, Ministerio de la Defensa Nacional, Dirección de Medicamentos, Fiscalía General de la República y la Dirección Ejecutiva de la Comisión Nacional Antidrogas para el funcionamiento e implementación de acciones en el tema drogas durante el períodos 2010-2014. El monto total incluye aportes de la cooperación de países y organismos internacionales para apoyar acciones en el marco de la Estrategia Nacional Antidrogas por un valor de USD 999,577.13.

Los avances logrados en las siete áreas transversas que determina la ENA 2011-2015, se han citados en los tres apartados anteriores, por lo que a continuación se exponen los cuadros-resúmenes, que permiten comparar los resultados propuestos con los resultados obtenidos en el período (Véanse Tablas 48-54).

**Tabla 48. Confrontación de los resultados esperados con los resultados obtenidos en el último período en el país, en el Área de LEGISLACIÓN. ENA 2011-2015.**

ÁREAS	RESULTADOS ESPERADOS EN EL ÚLTIMO PERÍODO 2009-2014	COMPONENTE	RESULTADOS OBTENIDOS EN EL ÚLTIMO PERÍODO 2009-2014
LEGISLACIÓN	Disponer de un marco regulatorio actualizado y acorde a las reglamentaciones internacionales en materia de reducción de la demanda, combate a la oferta de drogas, fiscalización de sustancias, lavado de dinero y activos, el tráfico de las armas de fuego.	Garantizar la calidad de los servicios que prestan atención integral a personas afectas a drogas	La Investigación desarrollada el año 2012 (Juárez y Col.) logró determinar que según la modalidad de tratamiento, los servicios especializados son ofrecidos en su mayoría por instituciones públicas, en la modalidad de tratamiento no residencial; mientras que los servicios no especializados son ofrecidos por establecimientos privados con una modalidad de tratamiento no residencial. Otro estudio realizado en el año 2010 (Juárez y Col.), respecto a la calidad de la atención que se brinda a las personas que consultas por consumo problemático o abuso de drogas, en cuanto al recurso humano se concluye que la calidad del recurso humano no es adecuada debido a que no cuentan con equipo multidisciplinario ni personal responsable directo de la atención. Referente a la calidad de la atención del servicio brindado, se afirma que a pesar de que no se dispone del recurso humano idóneo, cuando se presentan pacientes con esta problemática, el personal que se asigna para brindar el servicio lo hace con buena calidad, debido a que le dan al paciente calidez, respeto, confidencialidad y el tiempo suficiente que requiere cada caso. Respecto a la calidad de la atención por el cumplimiento de normas, guías y protocolos establecidos por el MSPAS, se concluye que no aplican dichos lineamientos por falta de conocimiento de los mismos.
		Marco normativo relacionado con el combate al tráfico de drogas, lavado de dinero y activos, tráfico de armas de fuego y delitos conexos.	En el área de legislación, el país ha realizado esfuerzos con el fin de cumplir los estándares internacionales y con las recomendaciones del Grupo de Acción Financiera (GAFI) en el ámbito de lavado de dinero y de activos, en tal sentido, en los últimos dos años, se aprobaron reformas a la "Ley contra el Lavado de Dinero y de Activos", en el tema de lucha contra el blanqueo de capitales y la financiación del terrorismo, entre otros. Por otra parte, se promulgó la "Ley de Extinción de Dominio y de la Administración de Bienes de Origen o Destinación Ilícita", para la disposición de los bienes incautados y decomisados, así como la creación del Consejo Nacional de Administración de Bienes (CONAB).
		Lavado de dinero y activos	
		Marco normativo en materia de fiscalización de sustancias	Producto de la entrada en vigencia de la Ley de Medicamentos, se han fortalecido los procesos de control y fiscalización de la producción, fabricación, extracción, almacenamiento, transporte, importación y exportación de los productos farmacéuticos; además, se ha fortalecido la formación del personal que se dedica a la autorización de los establecimientos que emplean sustancias precursoras para procedimientos lícitamente establecidos.
		Cumplimiento de las Recomendaciones hechas por organismos regionales e internacionales	La CNA da seguimiento a las recomendaciones hechas por la CICAD/OEA, sin embargo, no hay claridad en el proceso de monitoreo y evaluación que se implementa. Esto se corrobora en el Informe presentado por la CICAD/OEA en el Mecanismo de Evaluación Multilateral (MEM) - El Salvador 2014.

Fuente: Propia.

**Tabla 49. Confrontación de los resultados esperados con los resultados obtenidos en el último período en el país, en el área de FORMACIÓN Y CAPACITACIÓN. ENA 2011-2015.**

ÁREA	RESULTADOS ESPERADOS EN EL ÚLTIMO PERÍODO 2009-2014	RESULTADOS OBTENIDOS EN EL ÚLTIMO PERÍODO 2009-2014
FORMACIÓN Y CAPACITACIÓN	Promover la formación y especialización técnica del recurso humano, involucrado en las áreas de reducción de la oferta y reducción de la demanda de drogas.	Se evidencian resultados importantes en la Certificación del Recurso Humano dedicado a las áreas de Tratamiento; esfuerzos recientes en la certificación del personal como Agentes de Prevención. En el ámbito de reducción de la demanda, se han realizado esfuerzos en el país para capacitar recursos humanos y certificarlo en tratamiento y prevención de drogas y violencia. Durante el período 2010-2014, se han certificado a 160 personas como Operadores Socioterapéuticos y se han capacitado a 110 personas en el curso "Problemas de drogas en adolescentes: pautas para la detección y atención inmediata"; por otra parte, se ha realizado un esfuerzo de monitoreo y seguimiento de las acciones que realizan las entidades públicas y ONG's en la atención a personas que presentan un consumo problemático de drogas. El Salvador es el primer país de América Latina y El Caribe, y hasta el momento el único, que proporciona una certificación oficial de este tipo. Personal de la Unidad de Investigación Financiera de la Fiscalía General de la República, también ha recibido diferentes capacitaciones durante el período.

Fuente: Propia.

**Tabla 50. Confrontación de los resultados esperados con los resultados obtenidos en el último período en el país, en el área de SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y ESTADÍSTICAS. ENA 2011-2015.**

ÁREAS	RESULTADOS ESPERADOS EN EL ÚLTIMO PERÍODO 2009-2014	COMPONENTE	RESULTADOS OBTENIDOS EN EL ÚLTIMO PERÍODO 2009-2014
SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y ESTADÍSTICAS	Incrementar y mejorar los mecanismos y recursos para la recolección, análisis y manejo sistemático, único y uniforme de información y datos estadísticos.	Implementación de un Sistema Interinstitucional unificado en línea para el manejo uniforme y análisis de la información	Se cuenta con el sitio del Observatorio Nacional Antidrogas, pero aún no se dispone de un Sistema Interinstitucional unificado en línea.
		Fortalecimiento del Sistema Único de Vigilancia Epidemiológica sobre consumo de drogas lícitas e ilícitas	Pendiente. Se cuenta con los datos que reporta el MINSAL y FOSALUD, pero no comprende la atención brindada por Centros Privados y ONG's.
		Disponer de datos e información cualitativa proveniente de organismos nacionales de los países de origen, de tránsito y de destino, tráfico ilícito y desvío de sustancias.	En alguna medida, hay avances en las comunicaciones de inteligencia de la Policía Nacional Civil, entre los países centroamericanos.
		Mejorar el intercambio de información con los Grupos de Expertos de los diferentes organismos nacionales, regionales e internacionales.	Miembros técnicos de la CNA y representantes de la Red Nacional de Información sobre Drogas, participan en Capacitaciones organizadas por diferentes organismos nacionales y regionales.

Fuente: Propia.

**Tabla 51. Confrontación de los resultados esperados con los resultados obtenidos en el último período en el país, en el área de INVESTIGACIÓN Y ESTUDIOS. ENA 2011-2015.**

ÁREA	RESULTADOS ESPERADOS EN EL ÚLTIMO PERÍODO 2009-2014	RESULTADOS OBTENIDOS EN EL ÚLTIMO PERÍODO 2009-2014
INVESTIGACIÓN Y ESTUDIOS	Disponer de datos e información cualitativa que contribuya a un mejor conocimiento del problema de las drogas y sus delitos conexos, así como de las medidas para enfrentarlo.	Se ha impulsado la investigación continua en los ámbitos de reducción de la demanda; las alianzas desarrolladas por parte de la CNA con Universidades del país, ha sido una acción importante para fortalecer la investigación en materia de drogas. En algunas Universidades del país se ha adoptado la línea de Investigación "Drogas" como parte de la Agenda anual de Investigación y asignación de recursos. Área de Mejora: Investigaciones enfocadas en Evaluación de Programas de Prevención, Tratamiento, Rehabilitación y Reinserción.
		Hace falta impulsar el desarrollo de Investigaciones relacionadas con: Uso ilícito de plantas de las que se pueden extraer sustancias estupefacientes y psicotrópicas; nuevas tendencias sobre el uso de estupefacientes sintéticos ilícitos y la variedad de productos que circulan en el mercado ilícito.

Fuente: Propia.

**Tabla 52. Confrontación de los resultados esperados con los resultados obtenidos en el último período en el país, en el área de GESTIÓN Y COOPERACIÓN. ENA 2011-2015.**

ÁREA	RESULTADOS ESPERADOS EN EL ÚLTIMO PERÍODO 2009-2014	RESULTADOS OBTENIDOS EN EL ÚLTIMO PERÍODO 2009-2014
GESTIÓN Y COOPERACIÓN	Mejorar los mecanismos de gestión y cooperación para reducir la demanda, combatir la oferta de drogas, el desvío y tráfico ilícito de sustancias, el lavado de dinero y activos, y delitos conexos.	En el último quinquenio, El Salvador ejecutó su ENA en un 83.09% con asignación de gobierno y un 16.91% de aportes internacionales. USD 1,188,120.92, aportes del Gobierno, y USD 241,764.09 de aportes internacionales.
		Los mecanismos de comunicación entre los departamentos de inteligencia de la Policía se han fortalecido; lo mismo ha sucedido con los Organismos internacionales facilitadores de Capacitaciones en áreas específicas de reducción de la oferta y reducción de la demanda.

Fuente: Propia

**Tabla 53. Confrontación de los resultados esperados con los resultados obtenidos en el último período en el país, en el área de COORDINACIÓN. ENA 2011-2015.**

ÁREA	RESULTADOS ESPERADOS EN EL ÚLTIMO PERÍODO 2009-2014	RESULTADOS OBTENIDOS EN EL ÚLTIMO PERÍODO 2009-2014
COORDINACIÓN	Fortalecer la coordinación y comunicación con las instituciones nacionales competentes, la sociedad civil y los organismos internacionales competentes, involucrados en la reducción de la demanda, el combate a la oferta de drogas, el desvío y tráfico ilícito de sustancias y delitos conexos.	Se ha fortalecido la comunicación entre las Instituciones miembros de la Red Nacional de Información sobre Drogas; pero se visualiza poca participación de la Sociedad Civil. Al menos no existe información sistematizada que eviencie la participación ciudadana.

Fuente: Propia

**Tabla 54. Confrontación de los resultados esperados con los resultados obtenidos en el último período en el país, en el área de FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL. ENA 2011-2015.**

ÁREAS	RESULTADOS ESPERADOS EN EL ÚLTIMO PERÍODO 2009-2014	COMPONENTE	RESULTADOS OBTENIDOS EN EL ÚLTIMO PERÍODO 2009-2014
FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL	Aumentar la capacidad del Estado para reducir la demanda, combatir la oferta de drogas, el desvío y tráfico ilícito de sustancias, el lavado de dinero y activos, el tráfico de armas de fuego, y demás delitos conexos, a través de la gestión técnica y financiera.	Fortalecer técnica y financieramente a las Instituciones involucradas en la reducción de la demanda, combate a la oferta y delitos conexos.	Se ha fortalecido el área de formación técnica; no obstante la asignación presupuestaria no ha variado.
		Mantener presencia y lograr la participación e integración de delegados nacionales con competencia en los diferentes Foros y Grupos de Expertos.	Se ha cumplido.
		Diseñar e implementar el Sistema de Evaluación de la Estrategia Nacional Antidrogas 2011-2015 y su Plan de Acción.	No hay evidencias sobre la implementación de un sistema de evaluación de la ENA 2011-2015.

Fuente: Propia

### E) Recomendaciones de Organismos Internacionales

El Mecanismo de Evaluación Multilateral (MEM) es una herramienta de diagnóstico, diseñada por los Estados Miembros de la Organización de los Estados Americanos (OEA), para realizar evaluaciones multilaterales integrales y periódicas sobre el nivel de implementación en ellos del Plan de Acción de la Estrategia Hemisférica sobre Drogas de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD). La CICAD, como parte de la Secretaría de Seguridad Multidimensional (SSM), es el organismo especializado de la OEA encargado de la implementación de este Mecanismo, de acuerdo con un mandato de la Segunda Cumbre de las Américas celebrada en Santiago de Chile, en 1998 (CICAD – MEM, 2014). EL MEM es una valiosa fuente de información sobre el progreso alcanzados a través de los esfuerzos de los gobiernos de los Estados miembros de la OEA. El último informe de evaluación disponible para El Salvador comprende la evaluación del país desarrollado en la Sexta Ronda de Evaluación del MEM.

A continuación se citan las Recomendaciones hechas al país en el año 2011 y su grado de cumplimiento durante el periodo de 2013 hasta mediados de 2014 (Véanse Tablas 55-59).

**Tabla 55. Recomendaciones Área de Fortalecimiento Institucional**

<b>FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL</b>		
<b>No.</b>	<b>RECOMENDACIONES</b>	<b>EVALUACIÓN</b>
1	Establecer y /o fortalecer las Autoridades Nacionales sobre Drogas, situándolas en un alto nivel político, con la misión de coordinar la planificación y la implementación efectiva de las políticas nacionales sobre drogas	<b>CUMPLIDA</b>
2	Diseñar, implementar, fortalecer y actualizar estrategias y políticas nacionales sobre Drogas con base en la evidencia.	<b>PARCIALMENTE CUMPLIDA</b>
3	Establecer y/ o fortalecer los observatorios nacionales de drogas u oficinas técnicas similares para el desarrollo de sistemas nacionales de información sobre drogas y el fomento de la investigación científica en esa materia.	<b>MAYORMENTE CUMPLIDA</b>

Fuente: CICAD-MEM, 2014.

**Tabla 56. Recomendaciones Área Reducción de la Demanda**

<b>REDACCIÓN DE LA DEMANDA</b>		
4	Desarrollar e Implementar políticas, planes y/ o programas integrales de reducción de la demanda	<b>MAYORMENTE CUMPLIDA</b>
5	Diseñar e implementar un sistema integral de programas de prevención universal, selectiva e indicada basados en la evidencia, con objetivos medibles, dirigidos a los distintos grupos poblaciones, incluyendo poblaciones en riesgo.	<b>PARCIALMENTE CUMPLIDA</b>
6	Promover en los sistemas de salud pública la integración de planes y programas de tratamiento que aborden la dependencia de drogas como una enfermedad crónica y recurrente.	<b>MAYORMENTE CUMPLIDA</b>
7	Facilitar el acceso a las personas dependientes de drogas a un sistema de tratamiento, rehabilitación y reinserción social, que ofrezca varios modelos integrales de intervenciones terapéuticas basadas en evidencia y teniendo en cuenta estándares de calidad aceptados internacionalmente.	<b>PARCIALMENTE CUMPLIDA</b>
8	Explorar los medios para ofrecer, tratamiento, rehabilitación y reinserción social a los infractores de la ley penal dependientes de drogas, como medida alternativa a su persecución penal o privación de libertad.	<b>MAYORMENTE CUMPLIDA</b>
9	Fortalecer las relaciones gubernamentales con instituciones académicas, de investigación y organizaciones no gubernamentales (ONG) especializadas, a fin de generar evidencia sobre la demanda de drogas.	<b>CUMPLIDA</b>
10	Promover y fortalecer la formación y capacitación continua de los diferentes profesionales, técnicos y actores involucrados en la implementación de acciones para reducir la demanda de drogas	<b>CUMPLICADA</b>

Fuente: CICAD-MEM, 2014.

**Tabla 57. Recomendaciones en el Área de Reducción de la Oferta.**

<b>REDUCCIÓN DE LA OFERTA</b>		
11	Adoptar y /o perfeccionar medidas integrales y equilibradas destinadas a reducir la oferta ilícita de drogas.	<b>NO APLICA</b>
12	Adoptar y/ o perfeccionar mecanismos de reunión y análisis de información , con miras a la elaboración de diagnósticos que faciliten el desarrollo de políticas públicas orientadas a disminuir la oferta ilícita de drogas	<b>NO APLICADA</b>
13	Promover estudio e investigaciones que contribuyan a la identificación temprana y al seguimiento de nuevas emergentes tendencias con el fin de generar información actualizada sobre la oferta ilícita de drogas.	<b>NO APLICA</b>
14	Adoptar, de conformidad con las necesidades de cada país, medidas de desarrollo alternativo integral y sostenible y de iniciativas de aplicación de la ley.	<b>NO APLICA</b>
15	Promover, en concordancia con sus políticas nacionales, acciones encaminadas a reducir el impacto negativo que sobre el medio ambiente ocasiona el problema mundial de las drogas.	<b>NO APLICA</b>

Fuente: CICAD-MEM, 2014.

**Tabla 58. Recomendaciones en el Área de Medidas de Control**

<b>MEDIDAS DE CONTROL</b>		
16	Implementar programas para prevenir y disminuir la fabricación ilícita de drogas de origen sintético y natural.	<b>MAYORMENTE CUMPLIDA</b>
17	Adoptar o fortalecer las medidas de fiscalización con el fin de prevenir e desvío de sustancias químicas controladas hacia actividades ilícitas.	<b>MAYORMENTE CUMPLIDAS</b>
18	Adoptar o fortalecer las medidas de control para prevenir el desvío de productos farmacéuticos con propiedades psicoactivas y aquellos utilizados en la fabricación de drogas sintéticas.	<b>CUMPLIDA</b>
19	Asegurar la adecuada disponibilidad de estupefacientes requeridos para uso médico y científico.	<b>CUMPLIDA</b>
20	Fortalecer los organismos nacionales de control del tráfico ilícito de drogas y sus delitos conexos.	<b>MAYORMENTE CUMPLIDA</b>
21	Identificar nuevas tendencias y patrones relacionados con el tráfico ilícito de drogas y sus delitos conexos.	<b>CUMPLIDA</b>
22	Promover mejoras en los sistemas de información sobre tráfico ilícito de drogas y sus delitos conexos.	<b>PARCIALMENTE CUMPLIDA</b>
23	Adoptar medidas para una efectiva cooperación en investigación, recolección de evidencias e intercambio de información de inteligencias entre los países, asegurándose el debido respeto de sus ordenamiento jurídico nacionales.	<b>MAYORMENTE CUMPLIDA</b>
24	Adoptar o fortalecer, cuando sea pertinente, las medidas de control del tráfico ilícito de armas, municiones, explosivos y otros materiales relacionados en su vinculación con el tráfico ilícito de drogas.	<b>MAYORMENTE CUMPLIDA</b>
25	Establecer, actualizar o fortalecer los marcos legislativos e institucionales en materia de control, prevención, detección, investigación y persecución del lavado de activos	<b>CUMPLIDA</b>
26	Crear o fortalecer, de conformidad con las leyes nacionales, los organismos nacionales competentes para la administración de bienes incautados y/ o decomisados y la disposición de bienes decomisados.	<b>CUMPLIDA</b>

Fuente: CICAD-OEA, 2014.

**Tabla 59. Recomendaciones en el Área de Cooperación Internacional**

<b>COOPERACION INTERNACIONAL</b>	
Reafirmar el principio de cooperación contenido en los instrumentos internacionales para enfrentar el problema mundial de las drogas, a través de acciones que garanticen su cumplimiento y efectividad.	<b>CUMPLIDA</b>

Fuente: CICAD-MEM, 2014.

### 4.3 HACIA LA DEFINICIÓN DE UN MODELO DE POLÍTICA SOCIAL PARA AFRONTAR EL CONSUMO PROBLEMÁTICO DE SPAs EN LA POBLACIÓN SALVADOREÑA.

## EL SALVADOR

---

### POLÍTICA NACIONAL PARA LA REDUCCIÓN DEL CONSUMO PROBLEMÁTICO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVANTES.

---

- **CONTEXTO**

La Política Nacional para la Reducción del Consumo Problemático de Sustancias Psicoactivantes, constituye el marco para orientar las acciones de las instituciones públicas y privadas relacionadas con el área de reducción de la demanda de drogas. Constituye un eficaz instrumento para mejorar las actividades de regulación, control y vigilancia que realiza el Estado en cuanto a las drogas lícitas e ilícitas, especialmente para las acciones encaminadas a la prevención, tratamiento, rehabilitación y reinserción (reintegración) social.

Para El Salvador, la necesidad de un cambio de enfoque en la atención a las personas con consumo problemático de sustancias psicoactivantes es apremiante, ya que son muchos los elementos que caracterizan los patrones de consumo y sus acciones trascienden el contexto local.

Ésta Política plantea un enfoque integral centrado en el bienestar de la persona, no obstante, las acciones que se citan en este Modelo se centran en el área de *Reducción de la Demanda*, por tanto, deberá complementarse con propuestas innovadoras en el área de Reducción de la Oferta, que contribuyan a reducir la delincuencia, la violencia, la corrupción, prevención del delito, reformas de los sistemas de justicia penal, efectividad ante el combate del narcotráfico, tráfico ilícito de drogas, lavado de dinero y activos, tráfico ilícito de armas de fuego y demás delitos conexos, a través de la tecnología cibernética y por vía marítima, terrestre y aérea,

Los jóvenes constituyen el grupo de la población más expuesto a los riesgos asociados al consumo problemático de SPAs y esto es debido a la conjugación de varios factores. El consumo problemático de drogas en la población salvadoreña, sobre todo las legales y en menor escala las ilegales, representa un gran desafío para las instituciones responsables de

las áreas de salud, educación, seguridad y justicia; estas entidades están directamente involucradas en la formulación de políticas públicas del consumo de drogas y por tanto les corresponde velar por el cumplimiento de los procesos establecidos, brindar y asegurar una atención inmediata, eficaz, eficiente y de calidad, establecer controles y garantizar la seguridad pública y social de todos sus ciudadanos.

Es importante reconocer que la implementación eficaz de programas de prevención, tratamiento, rehabilitación y reinserción (reintegración) social, por el uso indebido de drogas, se ven obstaculizados por la falta de recursos y la débil capacidad institucional. La salud mental no es una prioridad en la agenda de salud del país, basta con observar el presupuesto que se destina anualmente.

Debido a estas limitaciones, el gobierno ha tenido que buscar alternativas que den respuestas mínimas a la gama de prioridades y necesidades en materia de drogas.

Ésta propuesta pretende priorizar las acciones en el área de Reducción de la Demanda, con el fin de reducir los niveles de prevalencia e incidencia del consumo de SPAs en la población salvadoreña.

- **MARCO LEGAL Y POLÍTICAS PÚBLICAS**

La Política Nacional para la Reducción del Consumo Problemático de Sustancias Psicoactivantes, tiene su fundamento en la Constitución de la República. Ésta prescribe que el Estado determinará la Política Nacional de Salud, controlará y supervisará su aplicación. La Constitución, establece en su primer artículo que el fin principal del Estado es la protección de la vida y por consiguiente de la salud, de todos sus habitantes. Así mismo establece en el artículo treinta y cinco, (inciso primero) “El Estado, protegerá la salud física, mental y moral de los menores”.... pero fundamentalmente el Artículo sesenta y cinco, (inciso segundo) establece “El Estado determinará la Política Nacional de Salud y controlará y supervisará su aplicación” (Constitución de la República de El Salvador, 1983). En relación a las leyes secundarias que regulan específicamente lo relativo a la salud mental, se citan: Código de Salud, Ley de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia (LEPINA), Ley especial integral para una vida libre de

violencia para las mujeres, Ley de beneficio para la protección de los lisiados y discapacitados a consecuencia del conflicto armado, Ley general de prevención de riesgos en los lugares de trabajo, Ley Penitenciaria, Código Procesal Penal, Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales; Convención sobre Derechos del niño, Reglamento de la Ley de equiparación de oportunidades para las personas con discapacidad y Ley de Espectáculos Públicos.

La Ley Reguladora de las actividades relativas a las drogas en El Salvador (2003), establece que el Ministerio de Educación es la instancia estatal directamente responsable de elaborar, ejecutar y supervisar programas de prevención contra el consumo ilegal de drogas. También señala que el Ministerio de Salud (MINSAL), es la Institución directamente responsable de elaborar y hacer cumplir los programas de tratamiento y rehabilitación, y de contar con mecanismos de evaluación de los servicios.

El MINSAL ha establecido las siguientes Guías o Reglamentaciones para la atención de personas con conductas adictivas a sustancias psicoactivas, cuya aplicación es de carácter obligatorio:

- Norma de Atención a Personas con Conductas Adictivas a Sustancias psicoactivas. Acuerdo Ministerial N° 303 del 22 de octubre del 2004.
- Reglamento de Funcionamiento de las Instituciones y Establecimientos que Brindan Atención a Personas Afectas a Drogas, aprobado por Decreto Ejecutivo N°5 el 31 de enero de 2006.
- Guía para el Trámite de la Autorización, Apertura y Funcionamiento de las Instituciones y Establecimientos que Brindan Atención a Personas Afectas a Drogas, aprobada por los miembros de la CNA, según el punto II.3 del acta N° 03-06 de la sesión ordinaria del 28 de septiembre del 2006.
- Guías clínicas para la Atención de Personas con Conductas Adictivas o Sustancias Psicoactivas, aprobadas por el MSPAS en abril del 2005.

- Perfil del Programa de Atención Integral a Personas Afectas a Drogas. Aprobado por el MSPAS, según Resolución N° 2219 del 27 de septiembre del 2006.

- **JUSTIFICACIÓN**

La Estrategia Nacional Antidrogas 2011-2015, partió de un modelo predominantemente médico-sanitario. Si bien, considera el enfoque de las determinantes y condicionantes sociales y la garantía de los derechos humanos frente al problema de drogas, en la práctica, ha puesto poco énfasis en ello. La actual Estrategia Nacional no define claramente el mecanismo integrador entre las Instituciones públicas y privadas llamadas a ponerlo en práctica, y aunque fue constituido como un plan bastante ambicioso, no cuenta con un presupuesto claramente asignado.

La formulación de un nuevo modelo de política social para afrontar el consumo problemático de sustancias psicoactivantes, se plantea en un momento histórico de ruptura de paradigmas y del emergente desarrollo de comprensiones y tendencias nacionales e internacionales, que demandan cambios políticos, institucionales y normativos profundos en temática de drogas, e incluso cambios en la conceptualización de la propia problemática. El Salvador requiere de la construcción de una verdadera política social, que promueva la participación ciudadana y de todos aquellos sectores gubernamentales y no gubernamentales vinculados con la temática. Partiendo de la conceptualización de los determinantes sociales, la implementación de programas de prevención, tratamiento y rehabilitación no pueden concebirse alejados de la realidad social de las personas, por lo que ésta Política busca canalizar esfuerzos, sobre todo aquellos que movilizan a la comunidad en torno al problema del consumo, para apoyar a las poblaciones vulnerables tanto en su autoestima como en su capacitación para alternativas de empleo, y en su mayor disposición a mejorar condiciones propias de exclusión social. Esto implica acciones ideadas desde un enfoque sistémico, focalizado y de largo plazo.

En esta propuesta el ser humano es el actor central del abordaje, y las acciones que se plantean tutelan los derechos de las personas, su capacidad de decisión y su nivel de participación. El modelo pretende

asegurar la accesibilidad a los servicios informativos en el sistema de salud pública, sistema de asistencia social, y servicios especializados en el campo de la salud mental; además fortalece el enfoque comunitario y de redes.

El modelo de política social que se propone, aborda el fenómeno de las drogas separándolo del “fenómeno del narcotráfico”, ya que este último es un problema mucho más complejo por sus serias implicaciones políticas, económicas y de poder. Considera, además, la evolución histórica y contextual del consumo de drogas, la variación en las características sociodemográficas, en los patrones de consumo de la población y la necesidad de los usuarios de obtener respuestas satisfactorias en los servicios de tratamiento, rehabilitación e inserción (reintegración) social, lo que orientaría a las autoridades en materia de salud a realizar cambios significativos en la oferta de atención.

- **PRINCIPIOS RECTORES**

- **La salud integral del ser humano:** es un derecho indispensable, que se constituye en el centro de las acciones de la presente Política, dirigido a la protección, atención de calidad y con calidez, y desarrollo de la persona en su entorno.
- **Desarrollo institucional y normativo:** es necesaria la permanente coordinación interinstitucional y territorial articulada con la participación social e institucional. Además, se debe propiciar una reforma integral de la legislación sobre drogas, proceso que exige la participación de los actores que interactúan en las diferentes áreas, que comprenden la prevención integral de drogas, servicios de tratamiento, rehabilitación y reforma penal (para establecer criterios diferenciadores entre consumo propio, tenencia y tráfico ilícito).
- **Respeto de los derechos humanos frente al consumo de las drogas:** el ejercicio de estos derechos por parte de los ciudadanos y ciudadanas debe ser promovido y garantizado por el Estado y la sociedad, desde su actuación colectiva o individual, y acorde con las

responsabilidades y obligaciones específicas que le son asignadas en el sistema jurídico internacional de derechos humanos.

- **Participación social:** la participación activa de la persona en la posibilidad de dar respuestas a sus propias crisis y a los cambios del contexto social. Salud mental es la posibilidad de participar en proyectos compartidos que permitan a la persona trascender en su existencia y verse reflejada en el otro, construyendo su propia identidad.
- **Descentralización:** la activa participación de los gobiernos locales y estructuras comunales, es esencial en la promoción de la salud y el bienestar social de los individuos, las familias y las comunidades, garantizando un atención integral y eficaz en los distintos niveles de atención del sector salud.
- **Equilibrio entre control de la oferta y reducción de la demanda:** el Estado debe garantizar acciones de similar impacto en ambas áreas y asegurar la asignación presupuestaria equilibrada.
- **Sostenibilidad:** aseguramiento presupuestario por parte del Estado y contribución de entidades privadas vinculadas a la temática.
- **Eficiencia y eficacia:** se refiere a la efectividad en la gestión técnico-profesional y en el manejo de los recursos asignados, desarrollando procesos que satisfagan las demandas de los usuarios internos y externos.

- **FINALIDAD Y PROPÓSITO**

Finalidad: reducir la incidencia y prevalencia del consumo problemático de sustancias psicoactivantes en El Salvador y mitigar el impacto negativo del consumo sobre el individuo, la familia, la comunidad y la sociedad.

Propósito: establecer un marco de referencia que permita brindar una respuesta participativa, efectiva y eficaz ante el consumo problemático de sustancias psicoactivantes, orientado a acciones de prevención y reducción del daño.

- **OBJETIVOS**

- Diseñar, implementar y evaluar las políticas y programas dirigidos hacia la reducción del consumo de SPAs, prevención, tratamiento, rehabilitación y reinserción (reintegración) social de las personas con conductas adictivas a sustancias psicoactivantes.

- Mejorar continuamente las capacidades del recurso humano, sistemas de información e infraestructura de los establecimientos de salud, que facilite la evaluación estratégica y operativa para el apoyo de la toma de decisiones relacionada con el consumo problemático de sustancias psicoactivantes.

- **EJECUTOR PRINCIPAL DE LA POLÍTICA:** entidades que conforman la Comisión Nacional Antidrogas. Ministros o sus representantes:

- Ministerio de Justicia y Seguridad Pública

- Ministerio de Salud

- Ministerio de Educación

- Ministerio de la Defensa Nacional

- Ministerio de Gobernación

- Consejo Superior de Salud Pública

- Dirección Nacional de Medicamentos

- Director Ejecutivo de la CNA.

- **COMISIÓN PERMANENTE DE APOYO A LA CNA: RED NACIONAL DE INFORMACIÓN SOBRE DROGAS**

La evidencia empírica señala que en el país, la falta de coordinación y articulación entre los distintos sectores proveedores de servicios de salud generan una heterogénea oferta de coberturas, que impide la conformación de una visión compartida de los sistemas de salud. Por tanto, se plantea la necesidad de una política social que garantice el trabajo interinstitucional e

intersectorial. La Red Nacional de Información sobre Drogas, debe oficializarse, ya que al ser nombrada de carácter ejecutivo y público, las diferentes entidades asumirán con mayor firmeza el compromiso de participar en el desarrollo de las Acciones. Ésta Red, podría desempeñar un rol importante en el proceso de monitoreo y evaluación de la Estrategia Nacional Antidrogas. La Red no debe estar conformada de manera exclusiva por la entidades que conforman la Comisión Nacional Antidrogas, sino que debería asegurar la participación de expertos nacionales en las áreas de prevención, tratamiento, rehabilitación e investigación sobre drogas; de ahí la importancia de involucrar a las Instituciones de Educación Superior, desarrollando un vínculo efectivo entre Estado-Sociedad-Universidad, lo que garantiza una clara articulación del alcance y seguimiento de la estrategia, así como de la medición de su avances y resultados.

- **EJES ESTRATÉGICOS**

1. **Fortalecimiento de la interinstitucionalidad e intersectorialidad.**

Para cumplir con los objetivos de la Política, se requiere de una amplia participación de las instituciones involucradas en la Comisión Nacional Antidrogas y Red Nacional de Información sobre Drogas, con el objeto de establecer marcos normativos que contribuyan al fortalecimiento del trabajo conjunto. Asimismo, se requiere una coordinación interinstitucional eficiente entre el sector público y privado, a fin de trabajar en una visión común de país en la temática de drogas.

Un buen proceso de establecimiento de una política de drogas a escala nacional debe partir, idealmente, con una declaración de objetivos de alto nivel, los cuales deberían surgir a raíz de evaluar y categorizar los diferentes tipos y consecuencias del consumo en la población salvadoreña, y especificar los mercados de drogas que son más perjudiciales para la sociedad. Además, debe considerar una descripción detallada de las actividades que desplegará el gobierno para la consecución de los objetivos; definir cuál será el rol, nivel de participación y colaboración de las diferentes entidades gubernamentales y no gubernamentales, responsables de su

ejecución; debe asignárseles un presupuesto específico, al menos básico, que asegure la cantidad mínima de recursos que el Estado debe movilizar por medio del gobierno para respaldar estas actividades.

El incremento del consumo de drogas en la última década, ha conducido al incremento correspondiente en las necesidades de atención para los trastornos por dependencia a drogas y a una mayor demanda de servicios en los establecimientos de salud. En El Salvador, dichos establecimientos no cuentan con los recursos necesarios para dar una respuesta apropiada a estos nuevos requerimientos (Juárez y Col, 2012), por lo que en la política social, el rol del gobierno y de las entidades directamente involucradas en la atención, es unir esfuerzos trabajando de manera interinstitucional y complementaria, para brindar una respuesta efectiva y eficaz a esta población que continúa siendo objeto de discriminación.

De acuerdo con Gutiérrez & Hernández (2008) y con el modelo crítico-holístico de salud internacional planteado por Wright (1999), el problema de las adicciones es difícil de abordar y obtener logros, a menos que se analice desde lo social, buscando un resultado y cambios desde la perspectiva del individuo y su familia con una mirada en el contexto socio-económico en el que se desenvuelve. Como problema de salud exige de una política de promoción, prevención específica y de un tratamiento particularizado en cada caso.

## **2. Protección de las personas con consumo problemático: marco de derecho y reducción de daños.**

Una política social que afronta de manera efectiva el consumo problemático de drogas, en la concepción de la salud internacional, considera los derechos de la persona adicta. En una concepción holística, la salud se define a través de las relaciones y dependencias reciprocas de varios fenómenos: físicos, biológicos, psicológicos, sociales y culturales, como partes interdependientes de una totalidad.

La Declaración Universal de Derechos Humanos cita que: "Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona" (Art. 3); "Nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes" (Art. 5); "Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad" (Art. 25).

La Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (UNESCO, 2005) se refiere en su Artículo 5 a la Autonomía y responsabilidad individual "Se habrá de respetar la autonomía de la persona en lo que se refiere a la facultad de adoptar decisiones, asumiendo la responsabilidad de éstas y respetando la autonomía de los demás. Para las personas que carecen de la capacidad de ejercer su autonomía, se habrán de tomar medidas especiales para proteger sus derechos e intereses"

Al reflexionar sobre la aplicación de los Derechos Humanos Fundamentales y Derechos del Enfermo en las situaciones concretas de enfermedad desde una perspectiva humanista, tiene un alcance crítico y normativo en la cuestión de los derechos humanos en el campo específico de la psiquiatría. El pensamiento bioético aporta al psiquiatra consideraciones relacionadas con el respeto de la dignidad humana y la autonomía personal, la prohibición del maltrato y los tratamientos compulsivos, la promoción de la salud y los mejores intereses de los pacientes, así como la preocupación por el bien común y la justicia (Ribot, García, 2012). Es pertinente retomar el Informe 2011 de la Comisión Global de Políticas de Drogas, que advierte que la guerra global contra las drogas ha fracasado generando graves consecuencias para individuos y sociedades del mundo. Esta comisión como la encargada de revisar los supuestos básicos, efectividad y consecuencias del enfoque de la "guerra a las

drogas”; evaluar los riesgos y beneficios de diferentes respuestas nacionales al problema de las drogas, ha planteado que:

- Los inmensos recursos destinados a la criminalización y a medidas represivas han fracasado en reducir eficazmente la oferta o el consumo.
- Los esfuerzos represivos dirigidos a los consumidores impiden las medidas de salud pública para reducir el VIH/SIDA, las muertes por sobredosis, y otras consecuencias perjudiciales del uso de drogas que enmarca un grave problema de salud pública (CGPD, 2011).

En este marco, el Ministerio de Salud debe garantizar los servicios de salud y tratamiento a los que los necesiten y asegurar una variedad de modalidades de tratamiento, donde el paciente, al igual que en otro tipo de enfermedades, tenga la posibilidad de opinar y decidir (principio de autonomía). También se propone, comenzar con la transformación del régimen mundial de prohibición de drogas. Reemplazar las políticas y las estrategias de drogas orientadas por la ideología y la conveniencia política, por políticas económicas responsables y estrategias basadas en la ciencia, la salud, la seguridad y los derechos humanos y adoptar criterios apropiados para su evaluación. En El Salvador, todavía se reacciona ante las personas dependientes de drogas con castigo y estigmatización, si diferenciar entre consumidores y traficantes, y con serios vacíos en la aplicación de la Ley. La evidencia científica ha demostrado que los países que trataron a los ciudadanos dependientes de drogas como pacientes necesitados de tratamiento, en lugar de como delincuentes merecedores de castigo, lograron resultados extremadamente positivos en reducción del crimen, mejoramiento de la salud y superación de la dependencia (CGPD, 2011; Revelo 2011).

Una política eficaz debe dejar de poner el acento en criminalizar y sancionar a los consumidores de drogas para situarlo en fomentar los derechos humanos, la salud pública y el desarrollo socioeconómico,

pues dará mejores resultados y será más coherente con otros ámbitos de la política social.

El Informe presentado por el IDPC (2010) expone que en muchos países no existen sistemas para el tratamiento de la dependencia de las drogas, o bien están poco desarrolladas o siguen modelos incoherentes con los estándares de derechos humanos o las pruebas empíricas de su eficacia. Los estándares de derechos y libertades fundamentales vigentes indican que no se deberían aplicar ciertas prácticas de tratamiento. Estas prácticas incluyen terapia de convulsión por choques eléctricos, desintoxicación forzada, regímenes basados en castigos físicos o psicológicos, o privación de la libertad. Muchos gobiernos han introducido regímenes de tratamiento que se apoyan en la coerción, ya sea para forzar a las personas a aceptar el tratamiento o para obligarlas a cumplirlo cuando ya están en el programa. Muchos de estos tratamientos también incluyen maltratos, denegación de atención médica o tratamiento, y trabajos forzados.

Para personas con competencia mental reducida, corresponde a los representantes legítimos tomar decisiones que sean clínicamente beneficiosas correspondan a estudios clínicos terapéuticos. La justificación ética para que terceros sometan a individuos mentalmente incompetentes a situaciones de riesgo sin beneficio es muy débil. La justificación ética de someter a personas mentalmente incompetentes a situaciones biomédicas de riesgo mínimo es insuficiente. Someter a personas vulneradas o mentalmente incompetentes a situaciones biomédicas con el pretexto de estar contribuyendo al bien común es éticamente condenable porque el grueso de la actividad científica biomédica obedece a intereses pragmáticos (Kotoww, 2007).

### **3. Aseguramiento de una atención integral de calidad.**

En el área de salud, el principal problema es la escasa disponibilidad de opciones de tratamiento y rehabilitación, y la falta de estandarización en el diseño e implementación de los programas. La

política social de drogas debe orientar a la elaboración de programas eficaces de prevención, tratamiento, rehabilitación y reinserción (reintegración) social, que partan de un diagnóstico real, dirigidos con especificidad a ciertos sectores y grupos, según las características y las tendencias del consumo. Asimismo, deberá asegurar la certificación de los profesionales que brindan estos servicios.

Esta propuesta busca priorizar en la temática de drogas, aquellas áreas relacionadas con la calidad y acceso a la atención integral, incorporando como nuevos elementos la reducción de daños, la validación de instrumentos nacionales para la recolección y análisis de la información, la evidencia científica como base para la toma de decisiones en cada ámbito de intervención y la optimización de la coordinación interinstitucional, y la corresponsabilidad de las acciones entre las instancias participantes; enfatizando la urgente obligación de minimizar y atender el alto impacto socioeconómico, sanitario y de seguridad que el consumo problemático de drogas y el tráfico de drogas causa en todos los ámbitos de la vida de la persona, su familia, su comunidad y la sociedad en general.

En cuanto a la *Reducción de la Demanda*, prevenir, en el contexto del consumo de SPAs y desde el marco de la protección social, en esta política significa manejar y gestionar los riesgos a través de estrategias para evitar que éstos se manifiesten a nivel individual en la salud, la calidad de vida y el bienestar de los individuos, las familias y comunidades. Estas acciones se deben centrar en la promoción de hábitos y prácticas saludables y de auto-cuidado para evitar al máximo conductas de riesgo que aumenten la vulnerabilidad al consumo de PSAs, de la misma manera que países suramericanos lo han retomado en sus políticas nacionales (Ministerio de Protección Social, 2010).

Teniendo en cuenta la complejidad del consumo de SPAs, es necesario proponer diversas maneras de abordarlo tomando como referencia modelos integrales y ecológicos que exploran la relación entre el individuo y su contexto frente a la problemática del consumo. Esta propuesta de política social deja atrás el enfoque que prioriza de

manera exclusiva la conceptualización clásica de la promoción de la salud (prevención primaria, secundaria y terciaria / prevención universal, prevención selectiva y prevención indicada), donde lo fundamental es evitar la aparición del fenómeno así como los riesgos asociados y el deterioro de la salud; esto debido a que en la práctica social, histórica y actual, *“Una Sociedad Libre de Drogas” es una utopía. Esta política social lo que promueve es el enfoque de reducción del daño.*

Respecto al tratamiento, en el país es apremiante la revisión y actualización del Reglamento de funcionamiento de las instituciones y establecimientos que brindan atención a personas afectas a drogas, y considerar adaptarlo a los recursos y condiciones mínimas necesarias según sea el servicio que se brinde en establecimientos especializados y no especializados. Además, para asegurar una atención de calidad y con calidez, es necesario entrar al proceso de acreditación de los establecimientos que brindan servicios y en procesos de certificación del recurso humano. Otra tarea importante en la política social será el registro nacional obligatorio de las instituciones que brindan servicios de salud, públicos y privados, especificando las modalidades, programas y actividades terapéuticas que desarrollan. El modelo de política social que se encamina, enfatiza la estandarización de los programas de prevención, tratamiento y rehabilitación, así como la formación de recursos humanos en evaluación de programas.

#### **4. Educación y cultura para valorar el problema de las adicciones a las drogas como una enfermedad.**

En la implementación de una política pertinente, el rol de los medios de comunicación es indiscutible. En las primeras dos décadas del siglo XXI, vemos un mundo dominado por las Tecnologías de Información y Comunicación (TIC's); las relaciones sociales y las interacciones ya no son sólo de presencia espacial compartida y simultánea, sino que a través de una variedad de canales comunicativos se establecen importantes relaciones con “otros

ausentes”, acorde a lo que predecía Giddens, en 1997, citado por Mercado y Briseño (2013). En cuanto a la estigmatización del consumidor, los medios de comunicación no solo deberían tener la responsabilidad de comunicar con veracidad, sino además, asumir la responsabilidad de lo que comunican. El estigma del consumidor de drogas actúa marcando negativamente la vida social del individuo. El proceso de la construcción de este estigma es siempre arbitrario, cultural y surge de la necesidad de censurar a aquellas personas que se desvían de lo que es o no asumido como aceptable desde el punto de vista social y cultural, he aquí la gran influencia que ejercen en este contexto los medios de comunicación. El estigma conlleva una definición totalizadora con capacidad para desacreditar a la persona consumidora, en este caso particularmente en cuanto a drogas ilícitas, pero no así a aquella que consume drogas lícitas como el alcohol y tabaco. De acuerdo a Del Olmo (1997), la educación a través de los medios de comunicación exige resolver las propias contradicciones internas, entre las que destacan, de forma especial, el ser la mayor base publicitaria de las drogas legales: alcohol, tabaco, medicamentos; mientras que referente a las drogas ilegales difunden mensajes de destrucción y muertes. En un nuevo modelo de política social, romper este esquema y difundir información verídica fundamentada con base científica, es el reto que tienen los medios de comunicación a nivel nacional e internacional. Para afrontar de manera efectiva el consumo problemático de drogas, debe impulsarse un nuevo marco regulatorio para los medios de difusión de prensa escrita, radio, televisión y sistemas informáticos.

El proceso de estigmatización convierte al drogodependiente en un ser inferior, su definición social se establece por comparación con los no consumidores y esta comparación sirve para fijar su posición social como alguien que es diferente y de menor valor. Su vida como individuo se ve señalada y cargada de atributos negativos. De esta forma le resultará imposible para esta persona plantearse otro proyecto de vida al margen de la sustancia. A esto ha contribuido su creciente baja autoestima, su bajo autocontrol, la carencia de

pensamientos críticos hacia la adicción, valores y atributos interiorizados alrededor del consumo. Educar a la población sobre el cambio de concepción para pasar de considerar la adicción a SPAs como un “vicio” a una “enfermedad”, es responsabilidad de todas las estructuras sociales, pero en este campo los medios de comunicación desempeñan un rol fundamental. Hoy en día, el conocimiento de la realidad se realiza cada vez menor a través de la experiencia directa y más a través de los medios de comunicación. Por eso se debe asumir que el profesional de la comunicación debería ser intérprete de la realidad social y, en muchos casos, conforma las imágenes que adquiere la sociedad sobre la mayoría de los temas (Plan Nacional sobre Drogas, España, 2000).

En su estudio Pérez Gómez (2009) afirma que no tenemos por qué optar entre un mundo que no puede existir, ni ha existido nunca, y otro que nos es tan ajeno y tan lejano. Si nos referimos concretamente al problema de las drogas, no tenemos por qué pretender que nuestro objetivo es que no haya drogadictos, y mucho menos que lo que tenemos que hacer es instalar fumaderos de bazuco o sitios para que los que lo deseen se inyecten heroína con los recursos del estado. En efecto, tendemos con facilidad a convertir en estereotipos y en conceptos rígidos, ideas que en un inicio habrían podido llegar a ser excelentes opciones aplicables a situaciones específicas; actualmente con conceptos en boga como globalización y universalidad, asumimos soluciones comunes, sin tener en cuenta el contexto y las particularidades de una sociedad. Estas ideas universales deben erradicarse en el proceso de construcción de una nueva política sobre drogas.

No se puede negar que para la población adulto joven e incluso para los niños, la tecnología y los medios de comunicación social son entes con los que interactúan diariamente, y que un considerable porcentaje de sus concepciones, ideas, y prejuicios se forman a través de estos medios; por ello es imposible aislar la relación que hay entre medios de comunicación y construcción social de la realidad, y respecto a las drogas tal como lo afirma Cárdenas (2010),

los medios de comunicación se constituyen como verdaderos agentes sociales de enculturación.

La evidencia científica sustenta que la dependencia a SPAs es una enfermedad crónica y recurrente que debe tratarse a través del sistema de atención de salud pública, como sucede con enfermedades como el asma, la diabetes y la hipertensión. Esta es la comprobación a la que se ha llegado después de años de investigaciones sobre los cambios ocasionados en el cerebro por el abuso de drogas tanto lícitas como ilícitas. En esta política social que se propone, la aceptación de que la drogadicción es una enfermedad deberá tener implicaciones de largo alcance, en cuanto al conocimiento que la población en general debe tener acerca de esta problemática, así como su derecho de acceso al tratamiento, rehabilitación y reinserción social; por tanto, del gobierno de El Salvador se espera que desplace recursos y que implemente acciones que aborden, valoren y traten las adicciones a drogas lícitas o ilícitas como una enfermedad y no como un vicio o mal hábito. La mayor prevalencia de morbilidad y mortalidad por consumo problemático y dependencia de SPAs está relacionado a las drogas lícitas y no a las drogas ilícitas, por lo tanto, es necesario que los medios de comunicación informen con veracidad, detallando las consecuencias que ocasiona a nivel mundial y nacional el consumo problemático y dependencia de alcohol y de tabaco, y que dicha adicción no respeta estatus socioeconómico, raza, edad ni ningún otro criterio social o personal: y que ambas drogas constituyen la puerta de entrada para el consumo de drogas ilícitas a futuro.

- **ESTRATEGIAS COMPLEMENTARIAS**

Para que la Política Nacional para la Reducción del Consumo Problemático de Sustancias Psicoactivantes pueda cumplir con la finalidad, propósito y objetivos planteados, es necesario contar con estrategias complementarias y líneas de acción gubernamentales en distintos ámbitos, entre las cuales se destacan las siguientes:

– **Reconocer que las drogas conviven en la sociedad.**

La Política que se plantea pretende erradicar el paradigma de “*Una Sociedad Libre de Drogas*”, y enfatiza en la necesidad de un individuo de estar bien informado y tener la capacidad de decidir sobre el consumo. Si el individuo se orienta por un consumo problemático que pone en riesgo su salud física y mental, así como la armonía familiar y comunitaria, el Estado deberá activar su servicio de atención, tratamiento adecuado y rehabilitación, y garantizar la tutela de sus derechos, pero también los derechos de la familia en su conjunto. Cuando un Individuo decida entrar al sistema, no como consumidor, sino como traficante, el Estado deberá activar el sistema judicial y aplicar la ley, sin privar al individuo de un tratamiento adecuado si es requerido (Figura 9). Debe considerarse que ésta Política se limita a plantear estrategias y acciones en el área de ***Reducción de la Demanda***, es decir, única y exclusivamente cuando un individuo decide entrar al referido sistema como “consumidor”.

– **Identificar los problemas reales que conlleva el consumo problemático de drogas en el individuo, la familia y la comunidad, partiendo de la evidencia científica, sin sobredimensionar el problema por las percepciones de las personas y de las instituciones.**

Se debe concientizar a la población que el consumo recreativo u ocasional de SPAs, puede evolucionar a un problema de salud con serias consecuencias, capaz de crear dependencia y adicción a la sustancia. Para que el sector salud pueda desarrollar un trabajo de calidad y con calidez, el Estado debe asegurar las condiciones estructurales actualmente identificadas como debilidades. Los recursos humanos de salud mental en el país son escasos, aunado están los procedimientos burocráticos a seguir para que los pacientes sean vistos desde la primera vez por profesionales de la salud mental. Los procesos de formación del recurso humano en salud mental, son en un buen porcentaje programas deficientes. Su formación se lleva a cabo en instalaciones insuficientes con el personal docente limitado, equipos escasos, y poco monitoreo.

En la política social propuesta, es indispensable la integración de la salud mental a la atención primaria y a los sistemas locales de salud, que

deberían brindar servicios comunitarios, integrales, de atención continuada, con participación de la población y capaz de realizar acciones preventivas. La promoción de la salud mental consiste en acciones que creen entornos y condiciones de vida que propicien la salud mental y permitan a las personas adoptar y mantener modos de vida saludables. Entre ellas hay una serie de acciones para aumentar las posibilidades de que más personas tengan una mejor salud mental. El clima de respeto y protección de los derechos civiles, políticos, socioeconómicos y culturales básicos es fundamental para la promoción de la salud mental. Sin la seguridad y la libertad que proporcionan estos derechos resulta muy difícil mantener un buen nivel de salud mental.

Para mejorar la salud mental es preciso que participen todas las instituciones del Estado, siguiendo una política clara que defina la participación y aporte de cada dependencia. Entre las necesidades más urgentes de las operaciones de la salud mental en el país, se incluyen el apoyo de más de atención, formación e investigación a través de alianzas intersectoriales e iniciativas, la integración de la salud mental y servicios de atención primaria y el fomento de las actividades de promoción y prevención, nuevos programas para la formación de recurso humano especializado, el aumento de la fuerza laboral de salud mental con bases multidisciplinarias y la distribución geográfica adecuada, el intercambio y la difusión de los resultados de la investigación aplicada de los centros de colaboración especializada, el mejoramiento de políticas eficaces de salud mental dirigidas a una adecuada distribución de los recursos, el establecimiento de prioridades, el apoyo financiero y la colaboración técnica de organismos internacionales y organizaciones.

- **Centrar en la persona y no en las drogas las acciones de prevención, tratamiento, rehabilitación y reinserción (reintegración) social.**

En la política social para afrontar el consumo, debe redefinirse la aplicación de la ley contra el uso de drogas, ésta debe respaldar tanto la prevención como el tratamiento, sirviendo como elemento para estimular la participación en un tratamiento. El sistema judicial debe asegurar que las consecuencias pueden variar y deben ser coherentes y congruentes con el nivel del delito.

Pueden partir desde asistir a clases obligatorias sobre drogas, tratamiento y abstinencia monitoreada, servicios comunitarios y multas, hasta el encarcelamiento por crímenes más graves y peligrosos asociados a las drogas. También se debe valorar que el tratamiento requiere un conjunto continuo de cuidados, desde la desintoxicación inicial hasta el acompañamiento de la atención. El tratamiento debe ser visto como un proceso continuo, y no como una intervención de una única vez. Esto debe incluir una estrategia de prevención a la recaída, de objetivos progresivos y el uso de modelos que funcionen. El tratamiento debe ser integrado con otros sistemas sociales y familiares, además de apoyarse en un sistema de referencia multidisciplinario y coordinado.

Las políticas de cárcel para delincuentes y criminales que prevalecen en Latinoamérica dejan de lado las posibilidades de prestar mayor atención al tratamiento de los consumidores crónicos y la estigmatización de los consumidores recreacionales. Por ello es importante resaltar la necesidad de reformular las penas legales cuando no van acompañadas de un proceso de rehabilitación y reinserción social. La consideración de las adicciones sólo como un trastorno de base orgánica o como un modo de vida elegido por el sujeto repercute en las respuestas terapéuticas que se ofrecen, en la manera en que el ordenamiento jurídico contempla el fenómeno, en las políticas de asignación de recursos para prevención, tratamiento y rehabilitación y en los aspectos relativos al conocimiento y a la investigación.

– **Proteger a la población de la disponibilidad de drogas provenientes de la producción y tráfico ilícito, preservando la soberanía e integridad territorial.**

Las políticas, los planes y los programas no deben ocuparse únicamente de los trastornos mentales, sino reconocer y abordar cuestiones más amplias que fomentan la salud mental. Para ello hay que incorporar la promoción de la salud mental a las políticas y programas no solo del sector de la salud, sino también de los sectores público y privado en aspectos como la educación, el trabajo, la justicia, el transporte, el medio ambiente, la vivienda o la asistencia social.

Es necesario aclarar que mientras haya disponibilidad de drogas lícitas e ilícitas, el consumo problemático de drogas continuará presentándose en los diferentes estratos y esferas sociales, no obstante, que el país disponga de una política social efectiva que brinde alternativas acorde a la magnitud del problema según el caso particular que se presente, le permitirá al Estado ser un verdadero garante de una atención inmediata y eficaz por medio de las entidades respectivas, ofreciendo una respuesta para la inclusión social del individuo y su reinserción social.

La presente política deberá complementarse con otra propuesta que tenga su enfoque en la reducción de la oferta.

## LÍNEAS DE ACCIÓN

### EJE ESTRATÉGICO

#### 1. Fortalecimiento de la interinstitucionalidad e intersectorialidad

Línea de Acción	Descripción	Principales Ejecutores
1.1	Oficializar la conformación de la Red Nacional de Información sobre Drogas (REDNID) y propiciar las condiciones para su reconocimiento a nivel nacional	DE-CNA
1.2	Elaborar el Plan de Trabajo Anual de la REDNID	GTI de la CNA; REDNID
1.3	Socializar el Plan de Trabajo Anual de la REDNID con las entidades públicas y privadas involucradas.	GTI de la CNA; REDNID
1.4	Promover la participación de las IES del país, en la temática de drogas, en el desarrollo de sus funciones de Docencia-Investigación-Proyección Social-Difusión.	MINED, MINSAL
1.5	Asegurar una asignación presupuestaria propia para las acciones de Reducción de la Demanda, en cada una de las entidades gubernamentales involucradas; especialmente el incremento en la asignación presupuestaria en el área de Salud Mental en el MINSAL.	Presidencia de la República, Asamblea Legislativa, MINSAL, MINEC.
1.6	Gestionar cooperación internacional técnica y financiera con la CICAD/OEA, OID, ONU.	DE-CNA

## 2. Protección de las personas con consumo problemático: marco de derecho y reducción de daños.

Línea de Acción	Descripción	Principales Ejecutores
2.1	Promover la incorporación en los planes de estudio de educación básica, media y superior, la temática de drogas.	MINED, CNA, IES
2.2	Promover la adopción de la temática "Prevención de drogas y violencia" como un eje transversal y línea de investigación institucional, en las IES.	MINED , IES
2.3	Fortalecer las competencias de los docentes en la temática de drogas.	MINED, IES, CNA, REDNID
2.4	Impulsar la vinculación con la academia y redes regionales de expertos en la atención de personas afectas a drogas.	MINED, MINSAL, IES, CNA, REDNID
2.5	Impulsar el desarrollo de proyectos de investigación en la temática de drogas, especialmente en la evaluación de programas de prevención, eficacia en modalidades de tratamiento, programa de rehabilitación y reinserción social exitosos; base neurofisiológica de las adicciones.	IES, CNA, REDNID
2.6	Fomentar la educación a la persona con uso y abuso de drogas, proporcionándole la información pertinente sobre los efectos de las drogas en la salud del individuo, y en su ámbito familiar, comunitario y social.	MINSAL, FOSALUD, Ministerio de Gobernación y Desarrollo Territorial, Dirección de Espectáculos Públicos, Radio y TV.
2.7	Establecer mediante la REDNID una plataforma de análisis en la diferenciación del consumo, tenencia y posesión de drogas; en la garantía de los derechos de la persona a recibir tratamiento y rehabilitación. Retomar estudios comparativos de marcos regulatorios innovadores aplicados en la región (legalización del consumo de marihuana), y plantear propuestas.	REDNID, Ministerio de Justicia Seguridad Pública, DAN/PNC, Dirección Nacional de Medicamentos.
2.8	Programa Nacional preventivo de sustancias controladas (precursores): implementación de un sistema informático en línea para el control del uso terapéutico de medicamentos que contienen sustancias precursoras; plan de fiscalización; establecimiento de puntos de control de sustancias: puertos, aeropuertos y pasos fronterizos.	Ministerio de Justicia Seguridad Pública, DAN/PNC, CSSP, Dirección Nacional de Medicamentos, FGR, Ministerio de la Defensa Nacional.

2.9	Fortalecer medidas de control y calidad de las drogas legales como alcohol y tabaco: estándares de calidad del producto; valorar incrementar edad mínima de consumo; limitación de horas de compra-venta; publicidad verídica en medios de comunicación en relación a sus repercusiones en la salud; incremento en la asignación de impuestos.	Presidencia de la República, Asamblea Legislativa, CNA.
2.10	Investigación permanente de la disponibilidad de nuevas drogas en el mercado (drogas sintéticas), e indagar sobre la adulteración de sus componentes.	DAN/PNC; CSSP; Dirección Nacional de Medicamentos.

### 3. Aseguramiento de una atención integral de calidad.

Línea de Acción	Descripción	Principales Ejecutores
3.1	Actualizar y difundir el marco legal de atención a las personas con conductas adictivas a sustancias psicoactivas: Norma de Atención a Personas con Conductas Adictivas a Sustancias psicoactivas, Reglamento de Funcionamiento de las Instituciones y Establecimientos que Brindan Atención a Personas Afectas a Drogas; Guía para el Trámite de la Autorización, Apertura y Funcionamiento de las Instituciones y Establecimientos que Brindan Atención a Personas Afectas a Drogas; Guías clínicas para la Atención de Personas con Conductas Adictivas a Sustancias Psicoactivas; Perfil del Programa de Atención Integral a Personas Afectas a Drogas.	MINSAL, FOSALUD, CNA
3.2	Asegurar que los centros de atención cumplan con las condiciones mínimas necesarias para brindar una atención de calidad: recurso humano, normativo, infraestructura y parámetros de evaluación integral.	MINSAL, CSSP
3.3	Diseñar con base en la evidencia científica los Programas de Prevención, Tratamiento, Rehabilitación y Reinserción Social.	MINED, MINSAL, Fundaciones, ONG's
3.4	Estandarizar la implementación de los Programas de Prevención, Modalidades de Tratamiento, Rehabilitación y Reinserción Social.	MINED, MINSAL, Fundaciones, ONG's, DE-CNA, GTI

3.5	Promover en conjunto con las IES modelos para la certificación de competencias profesionales del sector salud, a nivel de Diplomados, Especialización y Maestrías; para asegurar una atención de calidad a la persona afecta a drogas y garantizar la formación continua de los profesionales.	MINED, IES, CNA.
3.6	Diagnóstico de zonas vulnerables e implementación de técnicas de intervención, con la participación de instituciones públicas y privadas, presentando alternativas de formación académica y laboral a grupos de riesgo; implementación de mecanismos para evaluar la efectividad de las técnicas.	CNA, IES, Fundaciones, ONG's.
3.7	Diseñar y socializar el Programa Nacional de Prevención Integral del uso y consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, definiendo: el marco teórico relacionado a la prevención integral de drogas en el país, implementación de la Red Nacional de Prevención Integral del Consumo, inclusión de instituciones privadas en la ejecución articulada de actividades de prevención, especialización de profesionales en prevención integral del uso y consumo de drogas, implementación de mecanismos de seguimiento y evaluación de proyectos de prevención integral.	MINED, GTI, DE-CNA, REDNID
3.8	Diseñar y socializar el programa Nacional de Atención Integral, Tratamiento, Rehabilitación y Reinserción (Reintegración) social, de las personas con consumo problemático de alcohol, tabaco y otras drogas, determinando: mapeo de los centros públicos de tratamiento y rehabilitación; Fortalecimiento de las Instituciones y los Establecimientos de Salud especializados y no especializados, según modalidad de tratamiento; categorización, autorización y control de funcionamiento de los centros privados de tratamiento y rehabilitación; implementación de comunidades terapéuticas en establecimientos y centros de rehabilitación, Fundaciones, ONG's, centros de menores de edad - infractores; implementación de estándares de calidad en el sistema de atención, tratamiento y rehabilitación; Formación continua del personal de salud en manejo de pacientes con adicciones al consumo de alcohol, tabaco y otras drogas; implementación de mecanismos de seguimiento y evaluación.	MINSAL, FOSALUD, GTI, DE-CNA, REDNID

3.9	Diseñar y socializar el Programa Nacional de Reinserción (Reintegración) Social. Implementar proyectos de reinserción; capacitación de profesionales en reinserción; implementación de programas de formación académica de duración corta (técnica) y laboral; implementación de mecanismos de seguimiento y evaluación.	DE-CNA, GTI, Fundaciones, ONG's, MINED, MINSAL, REDNID
-----	--	--

#### **4. Educación y cultura para valorar el problema de las adicciones a las drogas como una enfermedad.**

<b>Línea de Acción</b>	<b>Descripción</b>	<b>Principales Ejecutores</b>
4.1	Actualización del marco legal para la difusión de información relativa a las drogas en medios de comunicación, garantizando difundir información verídica fundamentada con base científica.	Ministerio de Gobernación y Desarrollo Territorial, Dirección de Espectáculos Públicos, Radio y TV; CNA, CSSP.
4.2	Educar a la población para lograr la aceptación de que la drogadicción es una enfermedad que tiene implicaciones de largo alcance, que conlleva el derecho de la persona para tener acceso al tratamiento, rehabilitación y reinserción social.	Ministerio de Gobernación y Desarrollo Territorial, Dirección de Espectáculos Públicos, Radio y TV; MINED, MINSAL, CNA.
4.3	Informar con equilibrio y veracidad las consecuencias y repercusiones tanto de las drogas lícitas como ilícitas. Caso del alcohol y del tabaco, sin sobredimensionar el consumo de drogas ilegales como marihuana, cocaína y crack.	Ministerio de Gobernación y Desarrollo Territorial, Dirección de Espectáculos Públicos, Radio y TV, MINSAL, FOSALUD; CNA, CSSP.
4.4	Diseño, socialización e implementación de Protocolos de Atención y de los derechos de las personas con conductas adictivas a sustancias psicoactivas.	MINSAL, FOSALUD.

## **METAS**

### **PREVENCIÓN**

- Evitar el inicio en el uso de drogas a edades más tempranas en el país, a partir de la intervención progresiva en la población objetivo.
- Disminuir la tendencia al incremento del consumo de drogas, especialmente de alcohol y tabaco, en la población objetivo.

## TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y REINSERCIÓN (REINTEGRACIÓN) SOCIAL:

- Incrementar la cobertura y calidad de atención para los pacientes que requieran tratamiento terapéutico relacionado al consumo de drogas.
- Aumentar el número de pacientes con procesos exitosos de reinserción social y oportunidades de formación académica y laboral.

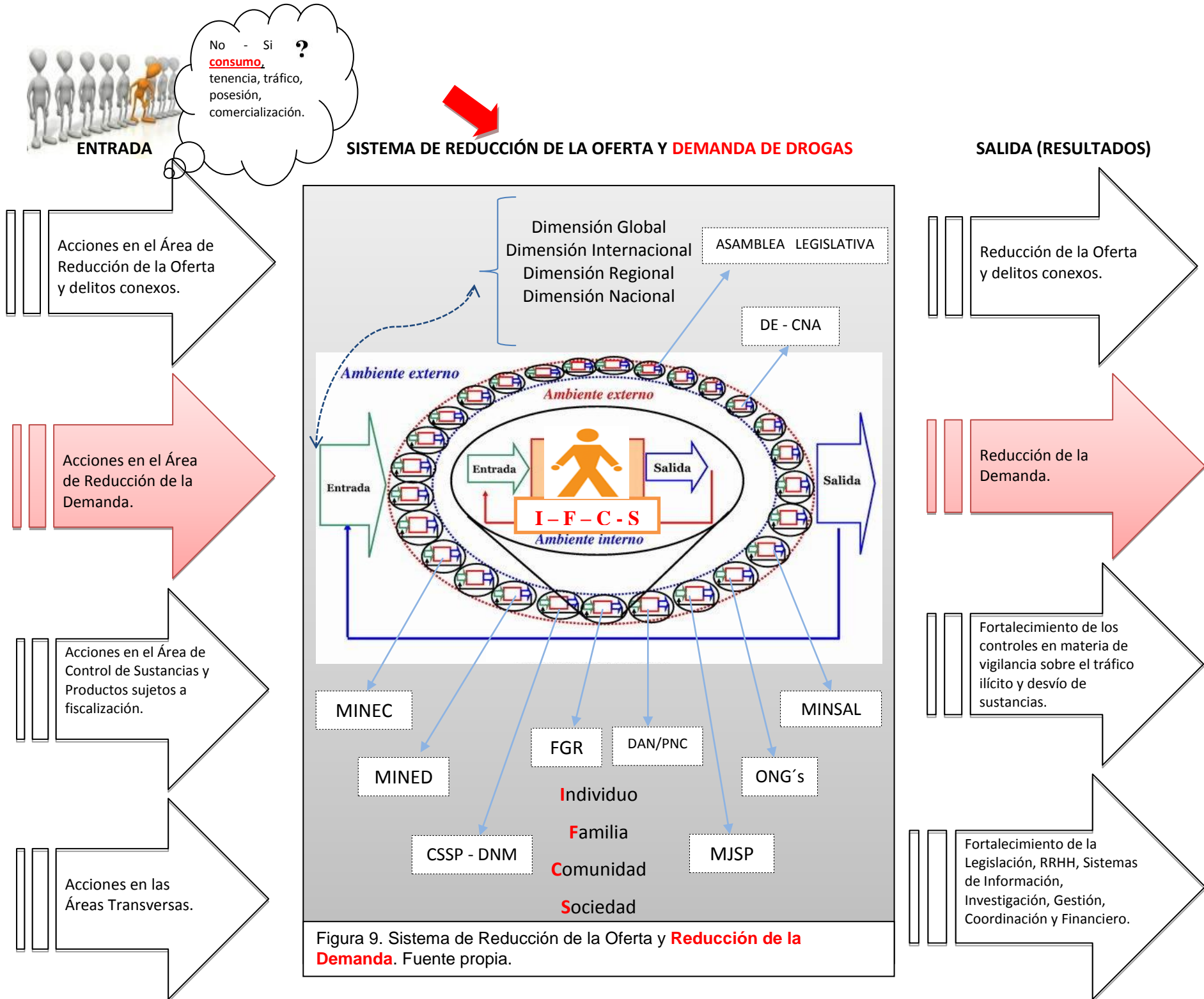
### • CRITERIOS PARA SEGUIMIENTO, EVALUACIÓN Y FINANCIAMIENTO

La demanda de atención de las personas con consumo problemático de sustancias psicoactivantes, debe ser atendida priorizando las capacidades financieras del sector salud y el grado de sostenibilidad. La oferta financiera debe enfocarse en asegurar la asistencia técnica, certificación (de sistemas, procesos, servicios y personal de salud), equipamiento y adecuación de las instalaciones, promoción de servicios y participación en comisiones técnicas.

La Red Nacional de Información sobre Drogas será la entidad responsable de dar seguimiento a la implementación de la Política Nacional, para ello, por disposición del Director Ejecutivo de la Comisión Nacional Antidrogas formará comisiones intersectoriales para formular y dar seguimiento a los Planes Operativos Anuales (POA) de cada una de las entidades que conforman la Comisión Nacional Antidrogas.

Cada Comisión Especial creará los grupos de trabajo interinstitucionales para cada uno de los Ejes Estratégicos, estos grupos definirán los programas, proyectos, actividades y presupuestos necesarios para cada una de las Líneas de Acción.

Finalmente, el planteamiento de la Política Social para Reducir el Consumo Problemático de Sustancias Psicoactivas en la población salvadoreña, inspira promover espacios de reflexión y conversación ciudadanas, que logren un impacto que trascienda el tema específico de las drogas. Debatir sobre las drogas implica sacar a la luz las motivaciones estructurales (sociales) que mueven a la demanda y al consumo, y estas motivaciones a su vez, arrastran situaciones más profundas como la exclusión social, la falta de oportunidades, la poca tolerancia y las debilidades del sistema democrático. Por tanto, ésta Política representa una importante oportunidad para el debate y el diálogo de país.



## V. CONCLUSIONES

### CONCLUSIONES

#### **Acciones Ejecutadas en el Marco del Plan Nacional Antidrogas 2002-2008**

- El PNAD permitió la consolidación de la CNA como institución rectora en la temática de drogas. El Plan se desarrolló con una adecuada gestión financiera y con una oportuna asistencia técnica a través del Grupo Técnico Interinstitucional (GTI), no obstante, el nivel de coordinación interinstitucional fue básico. Entre las oportunidades de mejora que presentó el Plan para el alcance de sus logros, se citan: la necesidad de incrementar la capacidad instalada al interior de su estructura orgánica para la ejecución de los proyectos, el fortalecimiento de la asistencia financiera proveniente de organismos regionales, y el disponer de un amplio marco normativo y de una red nacional de información sobre drogas. Entre sus debilidades principales se evidencian la falta de un presupuesto específico para la ejecución del Plan, la falta de evaluación y el escaso recurso humano y poco capacitado. Entre las amenazas se encuentra el potencial incremento de los indicadores del consumo de drogas en El Salvador y el subregistro de los datos reportados en prevalencias e incidencias de consumo, debido a que no se dispone de un sistema nacional de información sobre reducción de la demanda de drogas que contribuya al análisis y toma de decisiones.
- Los logros más sobresalientes en el área estratégica de prevención son la ejecución de programas preventivos en centros escolares y algunas comunidades; en el área de tratamiento, la elaboración y aprobación de normas de tratamiento, aunque sigue pendiente la vigilancia de su aplicación; en el área de investigación, la firma de convenios y alianzas con organismos nacionales e internacionales que han valido el desarrollo de estudios de magnitud nacional; y en el área de información y estadística, la creación del Observatorio Nacional sobre Drogas.
- Pese a la implementación del PNAD 2002-2008, que se extendió hasta el año 2010, El Salvador continuó enfrentando serios desafíos en materia de drogas: el aseguramiento de un presupuesto que garantice la ejecución de la referida ENA 2011-2015, la implementación de un Plan de capacitación

para el recurso humano involucrado en las diferentes áreas estratégicas, el fortalecimiento de la coordinación interinstitucional y el desarrollo de un mecanismo que garantice el monitoreo y evaluación de los resultados.

- En la Estrategia Nacional Antidrogas, continúan estando pendientes el aseguramiento presupuestario y la falta de un mecanismo de monitoreo y evaluación.

### **Indicadores en las Áreas de Reducción de la Oferta y Reducción de la Demanda**

- El Salvador por su ubicación geográfica en Centroamérica, se localiza en una de las principales rutas de tránsito de drogas, región que es “explotada” por grupos criminales locales e internacionales para el tráfico de drogas principalmente cocaína. Asimismo, se ha detectado el tráfico de marihuana que procede de países vecinos como Guatemala y Honduras y que es ingresada por las fronteras y pasos no controlados.
- En cumplimiento con las convenciones internacionales suscritas y ratificadas por El Salvador en materia de drogas, el país cuenta con una Estrategia Nacional Antidrogas, al cual fue aprobada por el Presidente de la República en el mes de marzo de 2011.
- Los estudios sobre de drogas en población de 12 a 65 años de edad (2005 y 2014) evidencian un aumento del consumo de alcohol en todos los escenarios (prevalencia de VIDA, AÑO y MES).
- A nivel nacional el 31.8% de la población de consumidores de alcohol en el último mes, presentó consumo de riesgo o perjudicial, siendo la relación mayor en hombres que en mujeres, y con mayor impacto en población con edades entre 45 y 65 años.
- Estudios indican que el 0.4% de la población salvadoreña con edades entre los 12 y 65 años, presenta signos de dependencia de alcohol, con mayor impacto en la población con edades entre los 18 y 24 años, y principalmente en el sexo masculino.
- Los indicadores del último estudio en población de 12 a 65 años de edad del año 2014 en comparación con el estudio del año 2005, demuestran que el

consumo de tabaco se ha reducido en relación a la prevalencia en el último año y último mes.

- Respecto a las sustancias ilícitas, se evidencia un aumento en el consumo de cualquier droga ilícita entre ambos estudios (2005 y 2014), siendo las más consumidas marihuana, cocaína y crack.
- El estudio en población general del año 2014, evidenció que el 0.53% de la población total de 12 a 65 años de edad, presenta un uso perjudicial o dependencia a cualquier sustancia ilícita, con mayor impacto en jóvenes entre 18 y 24 años de edad.
- La marihuana es la droga de mayor consumo en el territorio salvadoreño. Al evaluar el indicador de consumo en el último año, se evidenció que éste se ha quintuplicado, pasando de 0.4% en 2005 a un 2.3% en 2014. El mayor uso se da en población en edades de 18 a 24 años con 4.2%, seguido por el grupo de edad de 45 a 65 años con 2.4%.
- Un 23.6% de los consumidores en el último año muestra signos de abuso o dependencia de marihuana, siendo la relación un poco mayor en la población femenina, es decir que las mujeres consumen menos, pero su patrón de uso es más perjudicial.
- Durante el período 2009 a 2014, de los conductores de vehículos que fueron detenidos por dar positivo a pruebas antidoping de detección de consumo de sustancias psicoactivas, el 97.7%, se encontraban bajo los efectos del alcohol. Mientras que el 1.68% estaba bajo los efectos de la cocaína y el 0.63% bajo los efectos de la marihuana.
- Los registros de la Subdirección de Tránsito Terrestre, muestran que durante el periodo del 2009 al 2014 hubo un total de 2,640 accidentes de tránsito causados por conductores en estado de ebriedad o drogas; y un total de 2,122 personas lesionadas y 102 personas fallecidas, con tendencia a la alza en cuanto al número de accidente y personas lesionadas.
- En relación al tratamiento de pacientes debido al uso de SPAs, el alcohol fue el motivo de consulta que demandó mayor número de atenciones de primera vez. El uso del tabaco representó la segunda causa.. Las drogas ilícitas representaron el resto de las causas.

- Los programas de prevención que a nivel nacional implementa el Ministerio de Educación están en el ámbito de la prevención universal, formando parte de la currícula escolar. La población a la que están dirigidos estos programas son estudiantes desde primer ciclo hasta bachillerato, incluyendo a los jóvenes que estudian en modalidades flexibles.
- El Salvador no dispone de registros oficiales sobre la cantidad de programas de prevención del consumo de drogas que se implementan; ni hay informes sobre los resultados de los procesos de evaluación y monitoreo de tales programas.
- En los últimos años el país ha realizado acciones para la formación del personal encargado de atender a personas con problemas por consumo de drogas y ha proporcionado una certificación oficial a recursos humanos como operadores Socioterapéuticos en Drogodependencias en Nivel Básico. El Salvador es el primer país de América Latina y El Caribe, y hasta el momento el único, que proporciona una certificación oficial de este tipo.
- Durante el período 2009 a 2014, se experimentó un aumento sistemático en las incautaciones de marihuana con un total de 5,627 Kilogramos; seguida de la cocaína con 3,470 kilogramos; la heroína con 43.9 kilogramos y el crack con 14.0 kilogramos. Las mayores incautaciones tanto de marihuana como de cocaína se registraron en el año 2014.
- En relación al número de personas detenidas por tráfico ilícito de marihuana, se evidenció un aumento sistemático, lo que podría estar indicando un aumento en la demanda de este tipo de droga en el mercado local.
- Con respecto a las personas detenidas por delitos relacionados con la posesión de drogas, en el período 2009 a 2014, se detuvieron 9,531 personas, de las cuales el 95% eran del sexo masculino, principalmente jóvenes de entre 15 a 24 años de edad. La droga con más incidencia en el delito de posesión fue la marihuana con un 91%, seguida del crack con un 6%, y cocaína con un 3.4%.
- Es necesario ampliar la evidencia científica en cuanto a los procedimientos legales que se aplican para diferenciar entre la posesión para el consumo (lo cual no está penalizado por la ley) y la posesión para el tráfico ilícito, para

brindar medidas alternativas a las personas que podrían ser consumidores problemáticos y que requieren un tratamiento oportuno.

- Análisis científicos realizados por especialistas de la División de Policía Técnica y Científica de la Policía Nacional Civil a las sustancias ilícitas incautadas durante el período 2010 a 2014, evidenciaron que la cocaína y la heroína contienen adulterantes como: levamisol, cafeína, lidocaína, paracetamol y benzocaína.
- Durante el período 2009-2014, el país ha reformado y creado nuevas leyes e instancias para fortalecer el control y fiscalización de sustancias controladas, tal es el caso de la creación de la Dirección Nacional de Medicamentos que asumió esta función. También se hicieron reformas para el combate del lavado de activos y la disposición y administración de bienes incautados, creándose el Consejo Nacional de Administración de Bienes (CONAB), como el organismo encargado de la administración y disposición de bienes incautados.

### **Acciones Ejecutadas versus Resultados Alcanzados**

- A pesar de los esfuerzos que se ejecutan a partir de las entidades que conforman la Comisión Nacional Antidrogas, en El Salvador no se evidencian disminuciones importantes en prevalencias de consumo de drogas en la población, en el último quinquenio; aunque el consumo de drogas ilícitas no es alarmante en el país, las prevalencias de consumo han incrementado ligeramente. También es importante señalar que al comparar el consumo de drogas lícitas (alcohol y tabaco) frente al consumo de drogas ilícitas (marihuana, cocaína, hashis, etc.), la diferencia en la prevalencia de consumo es significativa, lo que permite visualizar que son las drogas lícitas como el alcohol y el tabaco, las que más problemas sociales, familiares e individuales ocasionan en la población salvadoreña.
- Los jóvenes constituyen el grupo de población más expuesto a los riesgos asociados al consumo de drogas y esto es debido a la conjugación de muchas variables. Se ha demostrado que diversos factores personales, familiares, económicos, sociales, culturales y estilos de vida, se comportan

como factores protectores o factores de riesgo en el desarrollo de adicciones en este grupo.

- Es de suma importancia que las campañas que se diseñen para prevenir o reducir el consumo de drogas en la población salvadoreña, tome en cuenta la evidencia científica disponible, enfocando los esfuerzos en las poblaciones que presentan el mayor riesgo.
- Es apremiante que en El Salvador se aborde el consumo problemático de drogas como un problema de salud pública, mediante programas de prevención, tratamiento, reducción del daño y rehabilitación.
- De acuerdo con las prevalencias de consumo de alcohol y tabaco de los últimos cinco años, es urgente fortalecer el control estricto de la venta de estas drogas a menores de edad, pues estos datos de prevalencia que tienden a la alza indican que la accesibilidad a estas drogas es amplia, y por tanto continúan siendo desafíos para el país.
- Debido a su complejidad, el consumo problemático de SPAs requiere un abordaje global que coloque al ser humano como el principio fundamental de las intervenciones y que considere tanto la reducción de la demanda (prevención del consumo, tratamiento y reintegración social), como la reducción de la oferta (cultivo, producción y tráfico). En los últimos años se aprecia una privilegiada atención a la reducción de la oferta, predominando la asignación de recursos técnicos, financieros, humanos y materiales a la represión; postergando la atención a la reducción de la demanda.
- En El Salvador las políticas sobre drogas siguen estando orientadas a la represión y coerción, en lugar de centrar sus esfuerzos en el sector de la población cuyo consumo es problemático y perjudicial para la salud; ante esta realidad es importante que en la práctica se fortalezca el enfoque integral de la Estrategia Nacional Antidrogas, priorizando la asignación de recursos para la implementación de acciones orientadas a construir una conciencia individual y social respecto de los diversos ámbitos de intervención que conforman la problemática de drogas.
- Con base en la evidencia disponible citada en este estudio, las principales limitantes en materia de diseño y evaluación de programas de prevención,

tratamiento y rehabilitación, son la ausencia de un presupuesto específico, la falta de especialistas en evaluación y la débil coordinación interinstitucional.

- Los desafíos más importantes que El Salvador enfrenta en materia de evaluación de programas de prevención son: estandarizar el contenido y las formas de evaluar los programas de prevención, formar recursos humanos en evaluación de programas de prevención del consumo de drogas, realizar un diagnóstico de las poblaciones objetivo para orientar los programas de prevención con enfoques adecuados, fortalecer los programas existentes enfocados en prevención primaria, sensibilizar a los medios de comunicación y dirigentes políticos del país sobre la importancia y beneficios de la prevención, lograr que toda la comunidad terapéutica conceptualice la drogadicción como una enfermedad y establecer comunidad terapéutica basada en evidencias científicas.
- En el ámbito de reducción de la demanda, se han realizado esfuerzos en el país para capacitar recursos humanos y certificarlo en tratamiento y prevención de drogas y violencia. Durante el período 2010-2014, se han certificado a 160 personas como Operadores Socioterapéuticos y se han capacitado a 110 personas en el curso “Problemas de drogas en adolescentes: pautas para la detección y atención inmediata”; por otra parte, se ha realizado un esfuerzo de monitoreo y seguimiento de las acciones que realizan las entidades públicas y ONG’s en la atención a personas que presentan un consumo problemático de drogas. El Salvador es el primer país de América Latina y El Caribe, y hasta el momento el único, que proporciona una certificación oficial de este tipo.
- La DE-CNA también realiza un esfuerzo de monitoreo y seguimiento a las acciones que realizan instituciones públicas y ONG’s en el ámbito de la atención a consumidores problemáticos de drogas a través de reuniones bilaterales y actividades de campo. Una de las apuestas es la de articular un sistema de atención integrado desde el nivel primario, logrando una mayor cobertura y evitando las acciones segmentadas y descoordinadas; además, se hace necesario estandarizar y protocolizar las intervenciones impartidas a personas consumidoras de drogas dentro de los establecimientos pertenecientes al sistema nacional de salud.

- Se deben continuar fortaleciendo las redes de trabajo colaborativo nacionales y regionales, entre las entidades que conforman la CNA y las Universidades que desarrollan proyectos integrados en materia de prevención del consumo drogas. Las Universidades deben priorizar la ejecución de proyectos de investigación en la temática y aportar de manera significativa al país, demostrando con la evidencia científica cuáles son los Programas más eficaces en El Salvador, considerando además mecanismos de evaluación de resultados, de eficiencia y efectividad.
- Los datos policiales señalan que de los detenidos por actividades de tráfico ilícito y posesión de drogas, un amplio porcentaje son jóvenes de entre 15 y 24 años de edad, mayormente del sexo masculino; lo que hace evidente la necesidad de estudiar y profundizar en el análisis de esta problemática, para conocer el perfil de los jóvenes, identificar los factores de riesgo, y orientar el abordaje en este tema.
- Para fortalecer los controles de sustancias químicas y evitar su desvío hacia canales ilícitos para la producción de drogas sintéticas, en el país, se emitieron acuerdos para regular el control y manejo de pseudoefedrina como materia prima y productos farmacéuticos que la contengan; así como el acuerdo para la prohibición de la efedra, efedrina y pseudoefedrina, materia prima y productos farmacéuticos que la contengan.
- En el ámbito de reducción de la oferta, medidas de control y delitos conexos, se logró la formación y capacitación de recurso humano para fortalecer los mecanismos de control en el combate al tráfico ilícito de drogas, control y prevención del desvío de sustancias sujetas a fiscalización, así como en la lucha contra el lavado de activos. No obstante, considerando que el problema de las drogas es variable, se debe establecer un programa de formación y especialización continua del recurso humano involucrado en el tema.
- En el área de legislación, el país ha realizado esfuerzos con el fin de cumplir los estándares internacionales y con las recomendaciones del Grupo de Acción Financiera (GAFI) en el ámbito de lavado de dinero y de activos, en tal sentido, en los últimos dos años, se aprobaron reformas a la “Ley contra

el Lavado de Dinero y de Activos”, en el tema de lucha contra el blanqueo de capitales y la financiación del terrorismo, entre otros. Por otra parte, se promulgó la “Ley de Extinción de Dominio y de la Administración de Bienes de Origen o Destinación Ilícita”, para la disposición de los bienes incautados y decomisados, así como la creación del Consejo Nacional de Administración de Bienes (CONAB).

## VI. RECOMENDACIONES

- El gobierno salvadoreño debe asegurar que todas las instancias pertinentes participen en el diseño de una política social y en la planificación de la estrategia sobre drogas, con un enfoque amplio, integral y real de esta problemática.
- El gobierno salvadoreño debe otorgar la misma importancia tanto a las acciones del área de reducción de la oferta como reducción de la demanda, teniendo en cuenta los factores sociales, económicos, culturales y de seguridad que implica este fenómeno social.
- Se requiere un verdadero compromiso político, para el aseguramiento de un presupuesto amplio y la asignación de recursos suficientes y competentes, en las actividades de prevención, tratamiento y rehabilitación; y en las áreas de fiscalización de sustancias y blanqueo de capitales. Una alternativa para asegurar un presupuesto, supondría destinar los fondos ilícitos confiscados, para el desarrollo de programas de reducción de la demanda.
- El gobierno, por medio de la Dirección Nacional de Medicamentos, debe asegurar los mecanismos administrativos para el control de sustancias psicotrópicas con fines médicos y científicos.
- Las entidades que se vinculan en el desarrollo de acciones de reducción de la demanda, deben considerar que la dependencia a sustancias psicoactivas toma tiempo en desarrollarse, asimismo, su tratamiento exitoso es prolongado, por lo que se recomienda adoptar criterios de evaluación del éxito de las diferentes modalidades que se implementan, basados en la reducción de recaídas, en la disminución de su gravedad y en el impacto en la calidad de vida de la persona, no exclusivamente en la abstinencia.
- Para El Salvador, es apremiante el diseño de una estrategia eficaz que permita oficializar los programas de prevención, tratamiento y rehabilitación que se ofrecen; especialmente en cuanto a prevención, es necesario la ejecución de un sistema integral de programas de prevención universal, selectiva e indicada, basados en evidencia, con objetivos medibles, dirigidos a los distintos grupos poblacionales, incluyendo poblaciones en riesgo.
- Es necesario sensibilizar a los medios de comunicación y dirigentes políticos del país sobre los beneficios de la prevención y lograr que toda la

comunidad terapéutica conceptualice la drogadicción como una enfermedad y establezca comunidad terapéutica basada en evidencia científica.

- Promover la creación de una Política Social de Estado y no de Gobierno, que asegure el financiamiento de un Plan de país para abordar de manera efectiva el fenómeno de las drogas, considerando sus múltiples dimensiones.
- Fortalecer la coordinación interinstitucional para unificar criterios y lograr mayor cooperación en las áreas de reducción de la oferta y reducción de la demanda.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Amaya, C., Mann, R., Hamilton, H., Erickson, P., Brands, B., Giesbrecht, N., Wright, M., Cumsille, F., Sapag, J., & Khenti, A. (2015). Uso de drogas en estudiantes de una universidad de El Salvador y su relación con el maltrato durante la niñez. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 24(spe), 45-54.  
Disponible en [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072015000600045&lng=en&tlng=](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000600045&lng=en&tlng=). 10.1590/0104-07072015001050014  
Recuperado el 3 de octubre, 2015.
2. Arellanez, J. (2004). Factores psicosociales asociados con el abuso y la dependencia de drogas entre adolescentes: Análisis divariado de un estudio de casos y controles. *Revista Salud Mental*, Vol. 27, N°3, pp. 54-64, junio 2004.
3. Arriaga I. (2005). Políticas y Programas de Salud en América Latina. Problemas y Propuestas, CEPAL, ONU, Chile. Disponible en:  
[http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/7/23777/sps114\\_lcl2450.pdf](http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/7/23777/sps114_lcl2450.pdf)  
Recuperado el 15 de mayo de 2011.
4. Asamblea Legislativa de El Salvador (2012). Ley de Medicamentos. Publicado el 2 de marzo de 2012. Decreto No.: 1008, Diario Oficial N° 43, Tomo N° 394. Disponible en:  
<http://www.asamblea.gob.sv/eparlamento/indice-legislativo/buscador-de-documentos-legislativos/ley-de-medicamentos> Recuperado el 20 de enero 2014.
5. Banco Mundial (2014). América Latina y El Caribe. Países en desarrollo solamente. Disponible en <http://datos.bancomundial.org/pais/LAC> Recuperado el 20 de julio 2015.
6. Banco Central de Reserva de El Salvador (2014). Estadísticas de Comercio Exterior. Disponible en <http://www.bcr.gob.sv/bcrsite/?x21=35>. Recuperado el 10 de octubre de 2015.
7. Bautista, F. Sánchez, O. (2011). Drogas Psicoactivas y su incidencia. Colección Drogas N°1. Editorial UEES. ISBN: 978-99923-951-6-5; ISBN: 978-99923-951-3-4. Disponible en <http://www.uees.edu.sv/editorial/pdf/drogas-incidencia.pdf>  
Recuperado el 18 de agosto de 2015.
8. Bejarano, J; Sáenz, M; Ugalde, F. (1999). Tabaco y recreación en adolescentes escolarizados de Centroamérica, Panamá y República Dominicana. *Revista Costarricense de Salud Pública* 8 (14): 1-8, jul. 1999.  
Disponible en <http://www.binasss.sa.cr/adolescencia/tabaco.htm>  
Recuperado el 25 de enero 2011.
9. Berk, L. (2001). *Development Through the Lifespan* (2 ed.). Boston: Allyn and Bacon.

10. Blanco, I. (1997). El Delito de Blanqueo de capitales, Editorial Aranzandi, Pamplona, España, ISBN: 9788499039589; pág. 101.
11. Braschi, M (2006) Drogas y Adolescencia. Hospital de niños Buenos Aires, Argentina. Volumen 48, N°220. pp. 281-291
12. Birkeland, S.; Murphy-Graham, E.; Weiss, C. (2005). Good reasons for ignoring good evaluation: The case of the drug abuse resistance education (D.A.R.E.) program. ELSEVIER, Evaluation and Program Planning 28 (2005) 247–256. Disponible en [www.elsevier.com/locate/evalprogplan](http://www.elsevier.com/locate/evalprogplan) Recuperado el 20 de agosto 2013.
13. Caldas de Almeida, C. (2007). Implementación de políticas y planes de Salud Mental en América Latina. Rev. Psiquiatría Uruguay 2007;71 (2):111-116
14. Cancillería de Colombia (2008). Tratado de Libre Comercio entre la República de Colombia y las Repúblicas de El Salvador, Guatemala y Honduras, suscrito en Medellín, República de Colombia, el 9 de agosto del 2007. Ley aprobatoria: Ley 1241 del 30 de julio de 2008. Disponible en: <http://www.cancilleria.gov.co/footer/juridicainternacional/tratados/tlc/vigor/triangulo> Recuperado el 15 de abril 2015.
15. Cárdenas, F (2010). Fenómeno de las drogas y los medios masivos. Universidad de Caldas, Manizales, Colombia. Cultura y Drogas. ISSN 0122-8455. pp. 99-112
16. Comisión Económica para América Latina y El Caribe, CEPAL (2001). Marginados en México, El Salvador, Nicaragua y Panamá. LC/MEX/L.488. pp. 30-31.
17. Comisión Nacional Antidrogas, CNA (2008). Situación del Narcotráfico, prevalencias de consumo en El Salvador y tendencias en la región Centroamericana. Disponible en: <http://www.seguridad.gob.sv/observatorio/demanda/2010/El%20Salvador%20Situacion%20Narcotrafico%20y%20Consumo.pdf> Recuperado el 15 de diciembre 2015.
18. Comisión Nacional Antidrogas de El Salvador, CNA (2013). Estudio Nacional sobre Consumo de Drogas y de otras Problemáticas en Población Estudiantil Universitaria de El Salvador, 2012. ISBN. 978-99923-991-5-6 Disponible en [www.seguridad.gob.sv/observatorio/](http://www.seguridad.gob.sv/observatorio/) Recuperado el 5 de noviembre de 2014.
19. Comisión Nacional Antidrogas de El Salvador, CNA (2011). Estrategia Nacional Antidrogas 2011-2015. Disponible en [www.seguridad.gob.sv/observatorio](http://www.seguridad.gob.sv/observatorio). Recuperado el 15 de diciembre de 2013.
20. Comisión Nacional Antidrogas de El Salvador, CNA (2012). Resumen Ejecutivo. Disponible en [www.cna.gob.sv](http://www.cna.gob.sv). Recuperado el 17 de septiembre de 2012.

21. Comisión Nacional Antidrogas de El Salvador, (2014). Estudio Nacional sobre Consumo de Drogas en Población General de El Salvador en el año 2014, Disponible en <http://www.seguridad.gob.sv/observatorio>. Recuperado el 15 de mayo de 2015.
22. Comisión Nacional de Reducción de la Demanda de Drogas, Colombia (2009-2010). Plan de Reducción del Consumo de Drogas.  
Disponible en:  
<http://www.descentralizadrogas.gov.co/LinkClick.aspx?fileticket=SJEDM9g2OWU%3D&tabid=160>.  
Recuperado el 3 de agosto de 2013.
23. Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas CICAD-OEA –MEM (2005-2006) Evaluación del Progreso de Control de Drogas/ El Salvador. OEA/Ser.L/XIV.6.2. MEM/INF.2006 Add.1.  
Disponible en:  
[http://www.cicad.oas.org/mem/reports/4/Full\\_Eval/EI%20Salvador%20-%20Fourth%20Round%20-%20ESP.pdf](http://www.cicad.oas.org/mem/reports/4/Full_Eval/EI%20Salvador%20-%20Fourth%20Round%20-%20ESP.pdf)  
Recuperado el 2 de abril de 2011.
24. Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas CICAD-OEA (2010). Estrategia Hemisférica sobre Drogas.  
Disponible en:  
[http://www.cicad.oas.org/es/Basicdocuments/Estrategia\\_drogas100603.pdf](http://www.cicad.oas.org/es/Basicdocuments/Estrategia_drogas100603.pdf)  
Recuperado el 13 de mayo de 2012.
25. Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas CICAD-OEA –MEM (2011). Informe Hemisférico, Quinta Ronda. OEA/Ser.L/XIV.2.49 CICAD/doc.1862/11 rev.1 ISBN 978-0-8270-5634-3
26. Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, CICAD-OEA (2012). VI Cumbre de Las Américas. Cartagena de Indias, Colombia. Disponible en [http://www.summit-americas.org/vi\\_summit\\_es.html](http://www.summit-americas.org/vi_summit_es.html). Recuperado el 28 de febrero de 2013.
27. Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas CICAD-OEA-MEM (2014). Informe de Evaluación sobre el Control de Drogas, El Salvador. OEA/Ser.L/XIV.2.56; CICAD/doc.2148/14; Add.14. ISBN 978-0-8270-6272-6.
28. Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas CICAD-OEA (2013). La Economía del Narcotráfico. ISBN 978-0-8270-6003-6. Disponible en [http://cicad.oas.org/drogas/elinforme/informeDrogas2013/laEconomicaNarcotrafico\\_ESP.pdf](http://cicad.oas.org/drogas/elinforme/informeDrogas2013/laEconomicaNarcotrafico_ESP.pdf) Consultado el 15 de junio de 2015.
29. Comisión Global de Políticas de Drogas CGPD (2011). Informe, Disponible en <http://www.druglawreform.info> Recuperado el 12 de febrero de 2013.
30. Compton, W.; Volkow, N. (2005). Abuse of prescription drugs and the risk of addiction. ELSEVIER. Drug and Alcohol Dependence 83S (2006) S4–S7. Disponible en [www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com). Recuperado el 10 de junio 2012.

31. Confederación de Adolescencia y Juventud de Iberoamérica y El Caribe, CODAJIC (2014). Infografía “Jóvenes en América Latina”. Disponible en <http://www.codajic.org/node/1288>. Recuperado el 3 de enero de 2015.
32. Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas, CONSEP (2012-2013). Plan Nacional de Prevención Integral de Drogas. República del Ecuador. Disponible en: [http://www.cicad.oas.org/fortalecimiento\\_institucional/savia/PDF/2012\\_plan\\_pre\\_venci%C3%B3n.pdf](http://www.cicad.oas.org/fortalecimiento_institucional/savia/PDF/2012_plan_pre_venci%C3%B3n.pdf). Recuperado el 5 de agosto 2013.
33. Consorcio Internacional sobre Políticas de Drogas, IDCP (2010). Edición 1. ISBN-0-904932-07-9 Disponible en [www.idpc.net](http://www.idpc.net). Recuperado el 13 de mayo de 2012.
34. Constitución de la República de El Salvador (1983). Título III. Art.83. Disponible en <http://www.asamblea.gob.sv/eparlamento/indice-legislativo/buscador-de-documentos-legislativos/constitucion-de-la-republica> Recuperado el 20 de agosto 2013.
35. Constitución de la República de El Salvador (1983). Título I. Art. 1 y Título II, Art. 35. Disponible en <http://www.asamblea.gob.sv/eparlamento/indice-legislativo/buscador-de-documentos-legislativos/constitucion-de-la-republica> Recuperado el 20 de agosto 2013.
36. Costa, I; Palucci, M (2008). Desarrollando Competencias para la Reducción de la Demanda de Drogas. Rev Latino-am Enfermagem 2008 julio-agosto; 16(especial):507-508. Disponible en [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16nspe/es\\_01.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16nspe/es_01.pdf) Recuperado el 1 de noviembre 2015.
37. Cumsille, F. (2014). I Congreso Internacional de Investigación Científica. Conferencia “El Fenómeno de las Drogas en Las Américas”. Universidad Evangélica de El Salvador, San Salvador, El Salvador, 17 de julio del año 2014. [www.uees.edu.sv](http://www.uees.edu.sv)
38. Dasgupta, N.; Henningfield, J.; Ertischek, M.; Schnollb, S.(2011). When drugs in the same controlled substance schedule differ in real-world abuse, should they be differentiated in labeling? ELSEVIER. Drug and Alcohol Dependence 119 (2011) e1– e4. journal homepage: [www.elsevier.com/locate/drugalcdep](http://www.elsevier.com/locate/drugalcdep)
39. Del Olmo, R (1997). Los medios de comunicación social y las drogas. Grupo Comunicar, octubre, número 9. Colectivo Andaluz para la educación de los medios de comunicación, Andalucía, España. Pp. 119-124. ISSN 1134-3478
40. Declaración de Caracas (2001). Disponible en [http://www.oas.org/dil/esp/Declaracion\\_de\\_Caracas.pdf](http://www.oas.org/dil/esp/Declaracion_de_Caracas.pdf) Recuperado el 15 de febrero de 2015.
41. Declaración Universal de los derechos Humanos (1948). Disponible en <http://www.un.org/es/documents/udhr/> Recuperado el 10 de abril de 2013.

42. Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO (2005). Disponible en <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001461/146180S.pdf> Recuperado el 10 de abril de 2013.
43. Díez Ripollés, J. (1994). El Blanqueo de Capitales Procedentes del Tráfico de Drogas. La receptación de la legislación internacional en el ordenamiento penal español, Actualidad Penal. ISSN: 1575-8206. CD ROM 27. pág. 583.
44. Elissa S. (2005). Lucha contra el narcotráfico y su impacto en América Latina. Disponible en <http://www.caei.com.ar/es/programas/anorte/02.pdf>. Recuperado el 17 de septiembre de 2012.
45. EL DÍA (2015). Los países que más consumen alcohol en América Latina. Publicado el 1 de noviembre de 2015. Disponible en <http://eldia.com.do/los-paises-que-mas-consumen-alcohol-en-america-latina/> Recuperado el 1 de noviembre de 2015.
46. Espada, J.; Rosa, A.; Méndez, F (2003). Eficacia de los programas de prevención escolar de drogas con metodología interactiva. Revista Salud y Drogas, Vol. 2. ISSN Versión impresa: 1578-5319; ISSN versión digital:1988-205X Disponible en <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/839/83930205.pdf>. Recuperado el 17 de septiembre de 2012.
47. Fabián Carrapos, E. (1998). El Delito de Blanqueo de Capitales. Editorial Constitución Leyes. Madrid, España. ISBN 9788478794263.
48. Fondo de Población de las Naciones Unidas – UNFPA (2015). Diez cosas que no sabías de la población de América latina y El Caribe. Publicado el 15 de abril de 2015. Disponible en <http://lac.unfpa.org/noticias/10-cosas-que-no-sab%C3%ADas-acerca-de-la-poblaci%C3%B3n-de-am%C3%A9rica-latina-y-el-caribe> Recuperado el 1 de noviembre 2015.
49. Gobbi, S. (1993). Adolescencia y Adicción. Homo Sapiens Ediciones. 1ª edición. Cap. III, pp. 40-60
50. Gobierno de México (2012). Comunicado de Prensa 074/2012. 27 de marzo de 2012. Gobierno Federal. 01800MARINA1 (018006274621). Disponible en <http://2006-2012.semarn.gob.mx/sala-prensa/prensa-2012/2119-comunicado-074-2012.html> Recuperado el 2 de enero de 2015.
51. Gutiérrez, D.; Hernández, E. (2008). Implicación de los valores éticos y morales en el enfrentamiento de las adicciones en jóvenes. Disponible en [http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol34\\_4\\_08/spu16408.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol34_4_08/spu16408.htm) Recuperado el 7 de abril de 2013.
52. Herrera, A., Prieto, R.; Veloza, M.; Riquelme, G.; Socorro, M.; Mitchell, C.; Bautista, P.; Harrison, J.; Whitehorne-Smith, P. (2012). Policonsumo simultáneo de drogas en estudiantes de Facultades de ciencias de la salud/ciencias

- médicas en siete universidades de cinco países de América Latina y un país del Caribe: implicaciones de género, legales y sociales. *Revista Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2012; 21 (Esp): 17-24. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21nspe/v21nspea02.pdf>  
Recuperado el 18 de agosto de 2015.
53. Ibañez, A. (2008). The genetics of addictions. 20(2): 107-110. Artículo en español | IBECs | ID: 65110. Biblioteca responsable: ES15.1 Ubicación: ES15.1 – BNCS. Disponible en: <http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resource/es/ibc-65110>. Recuperado el 25 de agosto de 2013.
54. Infobae América (2015). Prensa Libre Virtual. Por: Dario Mizrahi [dmizrahi@infobae.com](mailto:dmizrahi@infobae.com); A un año de la desaparición de los 43 estudiantes, México aún se pregunta qué pasó en Ayotzinapa. Fecha de publicación: 26 de septiembre de 2015. Disponible en: <http://www.infobae.com/2015/09/26/1758151-a-un-ano-la-desaparicion-los-43-estudiantes-mexico-aun-se-pregunta-que-paso-ayotzinapa>  
Recuperado el 1 de noviembre 2015.
55. Informe de Estado, República de El Salvador (2011). Disponible en: <http://www2.ohchr.org/english/bodies/docs/coredocs/HRI-CORE-SLV-2011.pdf>. Recuperado el 10 de octubre 2015.
56. Instituto Interamericano del niño, IIN - OEA (2002). Uso indebido de Drogas, Derechos del Niño y políticas Públicas para La prevención. Segunda edición, Montevideo, Uruguay. Este es un documento de trabajo producido en el marco del Plan Estratégico IIN 2000-2004. Disponible en: [http://www.iin.oea.org/Repartido\\_Drogas\\_Segunda\\_Edicion..pdf](http://www.iin.oea.org/Repartido_Drogas_Segunda_Edicion..pdf). Recuperado el 5 de agosto 2013.
57. InterAmerican Heart Foundation. (2010). Convenio Marco para el Control del Tabaco: desafíos para América Latina y el Caribe Reporte de la Sociedad Civil. Disponible en: [www.interamericanheart.org;http://www.chilelibredetabaco.cl/descargas/Reporte\\_Regional\\_CMCT\\_2010\\_sociedad\\_civil.pdf](http://www.interamericanheart.org;http://www.chilelibredetabaco.cl/descargas/Reporte_Regional_CMCT_2010_sociedad_civil.pdf)  
Recuperado el 20 de agosto 2013.
58. Jáuregui, I (2007). Droga y Sociedad. La personalidad adictiva de nuestro tiempo. *Nómadas*. *Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas*, 16 (2007.2). Publicación Electrónica de la Universidad Complutense | ISSN 1578-6730. Disponible en: <http://pendientedemigracion.ucm.es/info/nomadas/16/ijbalenciaga.pdf>  
Recuperado el 1 de noviembre 2015.
59. Jelsma, M. (2010). Programa Drogas y Democracia del Transnational Institute (TNI) Disponible en: <http://www.tni.org/files/Panorama%20Regional%20Leyes%20Drogas%20Final%2003.10.pdf>. Recuperado el 14 de diciembre de 2014.

60. Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes JIFE (2014). Informe 2014. Centroamérica y El Caribe. Pp-54-60. ISBN: 978-92-1-348159-2; eISBN: 978-92-1-057167-8; ISSN 0257-3733.
61. Juárez, C.; Martínez, E. (2013). Student Drug Use University and its Relationship with Abuse in Childhood. Pp. 54-73. ISBN 978-99923-951-9-6. 100p. Colección Drogas Vol. N°3. Disponible en: <http://www.uees.edu.sv/editorial/images/Libro%20Drogas%203.pdf>  
Recuperado el 12 de diciembre de 2014.
62. Juárez, C. (2013). Condiciones Contextuales y Evolutivas de los Medios de Comunicación y Percepción de las Adicciones. Revista Ciencia, Cultura y Sociedad. Pp.39-49. Vol.1, N° 2, Julio-diciembre 2013. ISSN 2305-7688. Disponible en <http://www.uees.edu.sv/pubs/ccs2/index.html>.  
Recuperado el 10 de noviembre de 2014.
63. Juárez, C., García, M., & Marquina, M., (2012). Percepción del personal de salud sobre la calidad de la atención a adolescentes que abusan de drogas. Revista Análisis. ISSN 012 - 36814, N°8, 2011. Fundación Universitaria, Colombia. Disponible en: <http://fiuc.org/w/cms/ANALISIS/Home/RevistaAnalisis8/Analisis8.pdf>  
Recuperado el 20 de mayo 2015.
64. Juárez, C.; Figueroa, J., Rivera. A., Cruz, V. (2012). Diagnóstico de los servicios de tratamiento y rehabilitación por consumo de drogas en establecimientos e instituciones de El Salvador. Disponible en: <http://www.seguridad.gob.sv/observatorio/demanda/Estudios/2013/Dxde%20los%20Servicios%20de%20Tx%20y%20Rehabilitacion.pdf>  
Recuperado en 18 de agosto de 2015.
65. Juárez, C. (2013). Limitaciones y Desafíos para la Evaluación de Programas de Prevención del Consumo de Sustancias Psicoactivantes en El Salvador. Disponible en: <http://www.seguridad.gob.sv/observatorio/demanda/Estudios/2013/Juarez%20C%20Limitaciones%20y%20Desafios.pdf>  
Recuperado el 20 de mayo 2015.
66. Juárez, C. (2013). Condiciones Contextuales y Evolutivas de los Medios de Comunicación y Percepción de las Adicciones. Revista Ciencia, Cultura y Sociedad. Pp.39-49. Vol.1, N° 2, Julio-diciembre 2013. ISSN 2305-7688. Disponible en: <http://www.uees.edu.sv/pubs/ccs2/index.html>.  
Recuperado el 10 de noviembre de 2014.
67. Juárez, C. (2013). Desafíos en la atención de salud mental: situación de las personas con conductas adictivas a sustancias psicoactivas. Disponible en: <http://www.seguridad.gob.sv/observatorio/demanda/Estudios/2013/Juarez%20C%20Desafiosen%20Salud%20Mental.pdf>  
Recuperado el 18 de agosto de 2015.

68. Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes JIFE (2014). Informe 2014. Centroamérica y El Caribe. Pp-54-60. ISBN: 978-92-1-348159-2; eISBN: 978-92-1-057167-8; ISSN 0257-3733.
69. Kendler, K. S., Schmitt, E., Aggen, S. H., & Prescott, C. A. (2008). Genetic and Environmental Influences on Alcohol, Caffeine, Cannabis, and Nicotine Use From Early Adolescence to Middle Adulthood. *Archives of General Psychiatry*, 65(6), pp. 674-682.
70. Kort, E. (2010). Conferencia impartida en la Universidad Nacional Autónoma de México. Disponible en:  
[http://www.adicciones.org.mx/conferencia\\_unam\\_de\\_la\\_doctora\\_elke\\_kort.php](http://www.adicciones.org.mx/conferencia_unam_de_la_doctora_elke_kort.php)  
<http://www.adicciones.org.mx>  
Recuperado el 9 de septiembre de 2010.
71. Kotoww, M (2007). La participación de los pacientes en la toma de decisiones. Red de Bioética de la UNESCO. Disponible en <http://www.redbioetica-edu.com.ar/>  
Recuperado en noviembre de 2012.
72. Ley General de La Juventud, El Salvador (2012). Pp. 2. Disponible en <http://es.slideshare.net/ramtaz/ley-de-juventud-de-el-salvador>; Recuperado el 25 de noviembre de 2014.
73. Ley seca. (2015, 22 de octubre). La enciclopedia libre.  
[https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Ley\\_seca&oldid=86017841](https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Ley_seca&oldid=86017841).  
Recuperado 2 de noviembre 2015.
74. Ley Reguladora de las Actividades Relativas a las Drogas. Diario Oficial No. 32, Tomo No. 362, del 29 de enero de 2004. Decreto Legislativo No. 153: Reformas a la Ley. Asamblea Legislativa de El Salvador. Disponible en [http://oas.org/juridico/PDFs/mesicic4\\_slv\\_reguladora.pdf](http://oas.org/juridico/PDFs/mesicic4_slv_reguladora.pdf)  
Recuperado el 15 de junio de 2014.
75. Longman-Mills, S.; González, Y.; Meléndez, M.; García, M.; Gómez, J.; Juárez, C.; Martínez, E.; Peñalba, S.; Pizzanelli, M.; Solórzano, L (2011). Child Maltreatment and Its Relationship to Drug Use in Latin America and the Caribbean: An Overview and Multinational Research Partnership. *International Journal Mental Health Addiction* (2011) 9:347–364 DOI 10.1007/s11469-011-9347-0
76. Longman-Mills, S.; González, Y.; Meléndez, M.; García, M.; Gómez, J.; Juárez, C.; Martínez, E.; Peñalba, S.; Pizzanelli, M.; Solórzano, L (2013). Drug use among students and its relationship with maltreatment during childhood, in seven universities in Latin America and the Caribbean. CICAD/OEA – CAMH. Informe presentado en la reunión de la CICAD con universidades de las Américas: El fenómeno de las drogas desde la perspectiva de la evidencia científica. Quito, Ecuador. 12,13 y 14 de septiembre 2012.
77. López K. (2008) Antisocial behavior and alcohol consumption by school adolescents. *Revista Latino-am Enfermagem* 2008. marzo-abril 16 (2); 299-305.

78. Lombardero, L. (2009) Blanqueo de Capitales, Prevención y Represión del Fenómeno Desde la Perspectiva Penal, Mercantil, Administrativa y Tributaria. ISBN 9788497905008. Editorial Bosch, Barcelona, España, 2009, pág. 26
79. Machín, J. (2004). Otra Política de Drogas es posible. Revista Liberaddictus. [www.infoadicciones.net](http://www.infoadicciones.net)
80. Maddaleno M. (2003). Salud y desarrollo de adolescentes y jóvenes en Latinoamérica y El Caribe: desafíos para la próxima década. Salud Pública México 2003; 45 supl 1:S132-S139.
81. Medina, M.; Real, T.; Villatoro, J.; & Natera, G (2013). Las drogas y la salud pública: ¿hacia dónde vamos?, Ensayo. ISSN 0036-3634. Cuernavaca, México.
82. Mercado, A.; Briseño, P. (2013). El YO deteriorado: Estigma y discriminación en la sociedad del consumo. Revista Espacios Públicos, ISSN: 1665-8140, Vol. 17, núm. 39, enero-abril, 2014 , pp. 137-157 Universidad Autónoma del Estado de México, Toluca. Disponible en <http://www.redalyc.org/pdf/676/67630574008.pdf> Recuperado el 15 de abril 2014.
83. Ministerio de Economía (2009). Dirección General de Estadísticas y Censos DIGESTYC. Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples. El Salvador. pp. 3 Disponible en <http://www.digestyc.gob.sv/> Recuperado el 15 de enero de 2011.
84. Ministerio de Economía (2013). Dirección General de Estadística y Censos DIGESTYC. Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples. El Salvador. Disponible en: <http://www.digestyc.gob.sv/index.php/temas/des/ehpm/publicaciones-ehpm.html> Recuperado el 10 de agosto 2015.
85. Ministerio de la Protección Social (2010). La prevención en manos de los y las jóvenes. Herramientas pedagógicas en prevención del consumo de sustancias psicoactivas y mitigación del impacto para líderes de organizaciones juveniles. UNODC. Bogotá D.C. Colombia. Junio. ISBN 958-98840-6-5 Disponible en [www.descentralizadrogas.gov.co](http://www.descentralizadrogas.gov.co), [www.minproteccionsocial.gov.co](http://www.minproteccionsocial.gov.co) Recuperado el 20 de mayo de 2013.
86. Ministerio de Relaciones Exteriores (2014). El Salvador en Cifras. Disponible en <http://www.rree.gob.sv/cect/index.php/el-salvador-en-cifras>. Recuperado el 10 de octubre de 2015.
87. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de El Salvador, MSPAS (2006). Guía de Atención a las personas con conductas adictivas a sustancias psicoactivas. Disponible en: <http://elsalvador.medicosdoctores.com/41-guias/ver-categoria> Recuperado el 8 de julio de 2010.

88. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de El Salvador. MSPAS (2003) Guía para la Consejería en atención integral de Adolescentes. Disponible en: [http://asp.mspas.gob.sv/regulacion/pdf/guia/guia\\_consejeria\\_adolescentes.pdf](http://asp.mspas.gob.sv/regulacion/pdf/guia/guia_consejeria_adolescentes.pdf) Recuperado el 18 de julio de 2011.
89. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de El Salvador. MSPAS (2003) Guía de Atención de los principales problemas de salud de los adolescentes. Disponible en: [http://asp.mspas.gob.sv/regulacion/pdf/guia/Guia\\_problemas\\_salud\\_adolesc\\_PLI.pdf](http://asp.mspas.gob.sv/regulacion/pdf/guia/Guia_problemas_salud_adolesc_PLI.pdf) Recuperado el 18 de julio de 2011.
90. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de El Salvador. MSPAS (2004). Normas de Atención a personas con conductas adictivas a sustancias psicoactivas. Disponible en: <http://www.seguridad.gob.sv/observatorio/demanda/tratamiento/Ac.%20303%20Normas%20de%20Atenci%C3%B3n.pdf> Recuperado el 18 de julio de 2011.
91. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de El Salvador. MSPAS (2006). Perfil del programa de atención integral a personas afectas a drogas. Programa Nacional de Salud Mental. Disponible en: <http://www.seguridad.gob.sv/observatorio/demanda/tratamiento/Perfil%20CNA.pdf> Recuperado el 18 de julio de 2011.
92. Ministerio de Salud (2015). Programa Nacional de Salud Mental. Disponible en <https://www.salud.gob.sv/temas/transversales/programas/676.html> Recuperado el 1 de noviembre 2015.
93. Ministerio de Salud (2011). Consulta Nacional Política de Salud Mental. Disponible en: [http://www.salud.gob.sv/archivos/pdf/Politica\\_Nacional\\_de\\_Salud\\_Mental\\_consulta\\_publica.pdf](http://www.salud.gob.sv/archivos/pdf/Politica_Nacional_de_Salud_Mental_consulta_publica.pdf) Recuperado el 2 de agosto 2014.
94. Observatorio Salvadoreño sobre Drogas - OSD (2015). Estudios realizados con la Metodología del Sistema Interamericano de Datos Uniformes sobre el Consumo de Drogas-SIDUC. Disponible en: [http://www.seguridad.gob.sv/observatorio/demanda/rd\\_ind-investigaciones-SIDUC.htm](http://www.seguridad.gob.sv/observatorio/demanda/rd_ind-investigaciones-SIDUC.htm) Recuperado el 20 de junio de 2015.
95. Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito, UNODC (2011). Estudio Mundial sobre El Homicidio. Disponible en: <http://es.slideshare.net/icriminis/book-global-studyonhomicide2011spanishebook>. Recuperado el 11 de junio de 2014.
96. Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito, UNODC (2012). Informe Mundial sobre las Drogas. Disponible en: [http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2012/Executive\\_summary\\_spanish.pdf](http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2012/Executive_summary_spanish.pdf) Recuperado el 5 de agosto de 2013.

97. Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito, UNODC (2015). Informe Mundial sobre las Drogas. Disponible en <https://www.unodc.org/bolivia/es/informe-mundial-drogas-2015.html> Recuperado el 9 de noviembre 2015.
98. Organización de Estados Americanos – OEA (2011). Informe del uso de drogas en las Américas. ISBN 978-0-8270-5707-4. pp. 9-19.
99. Organización de Estados Americanos – OEA (2013). El Problema de las Drogas en Las Américas. P. 115. ISBN. 978-0-8270-5988-7.
100. Organización de los Estados Americanos, 2013. Escenarios para el Problema de Drogas en Las Américas 2013-2025. ISBN 978-0-8270-5989-4. PP. 11-16.
101. Organización Mundial de la Salud-OMS (2010). Estrategia Mundial para Reducir el Uso Nocivo de Alcohol. ISBN 978 92 4 359993 9 .Pág. 3. [www.who.int/substance\\_abuse](http://www.who.int/substance_abuse)
102. Organización Mundial de la Salud-OMS (2011). Informe sobre la Salud Mental en el Mundo: Nuevos conocimientos, Nuevas esperanzas. ISBN 92 4 356201 0 (Clasificación NLM: WA 540.1) ISSN 1020-6760.
103. Ortiz, N.; Silva, M.(2005). Significados y contradicciones del fenómeno de las drogas: Drogas lícitas e ilícitas en Chile. Rev Latino-am Enfermagem 2005 setembro-outubro; 13(número especial):903-11. Disponible en [www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae)
104. Parada, A., Noh, S., Hamilton, H., Brands, B., Gastaldo, D., Wright, M., Cumsille, F. & Khenti, A. (2015). Entertainment, spirituality, family and peer influence universitarias in drug use. Texto & Contexto - Enfermagem, 24(spe), 161-169. Recuperado en 18 de agosto de 2015, de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072015000600161&lng=es&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000600161&lng=es&tlng=en). 10.1590/0104-07072015ESP118014.
105. Pérez, G. (2004). Informe consolidado sobre los costos del problema de las Drogas en El Salvador: 1998-2004
106. Pérez-Gómez, A.; Valencia, J.; Rodríguez, C. (2004). Informe consolidado sobre los costos del problema de las drogas en El Salvador: 1998-2004. Recuperado el 18 de agosto de 2015. Disponible en: <http://www.seguridad.gob.sv/observatorio/publicaciones/2008/Informe%20Final%20Costos%20El%20Salvador.pdf>
107. Pérez Gómez, Augusto (2009). “Sociedad libre de drogas o reducción del daño”, un falso dilema. Revista Colombiana de Psicología, Enero – Junio, 95-102. Redalyc.

108. Peruga, A.; Rincon, A.; Selin, H. (2002). El consumo de sustancias adictivas en las Américas. Organización Panamericana de la Salud. ADICCIONES, 2002 • VOL.14 NÚM. 2 • pp. 227/238.
109. Peruga, A. (2001). Políticas de control de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en América Latina. Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). ADICCIONES, 2001 • VOL.13 NÚM. 4 • pp. 367/370.
110. Poyser, O (2015). Quinto Informe Estado de la Región. Pobreza en Centroamérica: Evolución 2000-2014 y situación actual. pp. 9-10. Disponible en <http://www.estadonacion.or.cr/files/prensa/centroamerica/NBI-CA-Poyser-2015.pdf>. Recuperado el 10 de octubre de 2015.
111. Plan Nacional sobre drogas. Medios de comunicación y drogodependencia (2000). Actuar es posible. Ministerio del Interior, Gobierno de España. NIPO 126-00-015-0.
112. Prensa Libre, El Salvador (2011). La Prensa Gráfica. “Lanzan Política de Salud Mental” Publicado el 30 de noviembre de 2011. Disponible en <http://www.laprensagrafica.com/el-salvador/lodeldia/234115-lanzan-politica-de-salud-mental.html> Recuperado el 8 de agosto 2014.
113. Prensa Libre, Guatemala (2012). “Destruyen Cultivos de Amapola y Marihuana por U\$ 318 millones”, publicado el 24 de mayo de 2012. Disponible en [http://www.prensalibre.com/san\\_marcos/Destruyen-cultivos-marihuana-U\\$318-millones\\_0\\_706129666.html](http://www.prensalibre.com/san_marcos/Destruyen-cultivos-marihuana-U$318-millones_0_706129666.html) Recuperado el 20 de agosto 2015.
114. Prensa Libre, Washington, EEUU (2012). LIBREMENTE. Presidente de Guatemala propone la legalización de drogas. Publicado Por Juan Carlos Hidalgo, el 14 de febrero de 2012. Disponible en <http://www.libremente.org/presidente-de-guatemala-propone-la-legalizacion-de-drogas/> Recuperado el 20 de agosto de 2015.
115. Prensa Libre, Perú (2013). EL COMERCIO. Prohibido el alcohol: los países en los que su consumo no está permitido. Publicado el 23 de mayo de 2013. Disponible en <http://elcomercio.pe/gastronomia/bares-y-copas/prohibido-alcohol-paises-que-su-consumo-no-esta-permitido-noticia-1579835> Recuperado el 25 de mayo de 2013.
116. Prensa Libre, El Salvador (2014). La Prensa Gráfica. “Existencia de Narcopandillas”. Disponible en: <http://www.laprensagrafica.com/2014/04/09/ministro-de-seguridad-seala-existencia-de-narcopandillas>. Recuperado el 10 de octubre de 2015.
117. Prensa Gráfica (2014). El Salvador. Informe Internacional “ONU alerta sobre caso El Salvador”. Disponible en [www.LAPRENSAGRAFICA.COM](http://www.LAPRENSAGRAFICA.COM) Recuperado en 3 de julio de 2014.

118. Prensa Libre, El Salvador (2015). La Prensa Gráfica. "Aumenta en C.A. violencia, consumo y tráfico de drogas: ONU".  
Disponible en <http://www.laprensagrafica.com/2015/03/04/aumenta-en-c-a-violencia-consumo-y-trafico-droga-onu> Recuperado el 10 de octubre de 2015.
119. Prensa Libre, Washington (2015). El Excelsior. "Obama revela lista de principales países productores de drogas"  
Disponible en:  
<http://www.excelsior.com.mx/global/2015/09/14/1045761>  
Recuperado el 9 de noviembre de 2015.
120. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, PNUD (2014). Informe Regional de Desarrollo Humano 2013-2014. Seguridad Ciudadana con Rostro Humano: Diagnóstico y Propuestas para América Latina. Pp. 1-5; pp. 13-17. ISBN 978-9962-688-22-8. Disponible en <http://www.latinamerica.undp.org/>  
Recuperado el 12 de noviembre de 2014.
121. Proyecto de Ley, Uruguay (2013). MARIHUANA SUS DERIVADOS. Control y Regulación del Estado de la importación, exportación, plantación, cultivo, cosecha, producción, adquisición, almacenamiento, comercialización, distribución y consumo.  
Disponible en  
[http://perso.unifr.ch/derechopenal/assets/files/legislacion/l\\_20140108\\_01.pdf](http://perso.unifr.ch/derechopenal/assets/files/legislacion/l_20140108_01.pdf)  
Recuperado el 20 de noviembre de 2014.
122. Revelo, L. (2011). Derechos fundamentales frente a la adicción a sustancias psicoactivas en Colombia.  
Disponible en <http://www.redsociojuridica.org/escenarios/edicion-5/>  
Recuperado el 7 de abril 2013.
123. Ribot, V.; García, T. (2012). Derechos del enfermo mental desde una perspectiva bioética. Disponible en <http://www.cbioetica.org/revista/121/121-0411.pdf>  
Recuperado el 7 de abril de 2013.
124. Rivera, A. (2007) Factores de Riesgo y Protección del consumo de drogas entre estudiantes universitarios salvadoreños. *Revista Científica Crea Ciencia*, 7. pp. 7-12 <http://www.uees.edu.sv/investigacion/pubs/cc7/cc7/index.html>
125. Rodríguez, J. (2007). La atención en Salud Mental en América Latina y El Caribe. *Revista Psiquiatría Uruguay* 2007;71(2):117-124
126. Ruiz-Sánchez, J. M; Pedrero-Pérez, E. J; Rojo-Mota, G; Llanero-Luque, M; Puerta-García, C. (2011). Propuesta de un protocolo para la evaluación neuropsicológica de las adicciones. *Rev Neurol*; 53(8): 483-493, oct. 2011. Artículo en Es | IBECs | ID: 92022. Disponible en <http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resource/es/ibc-92022>. Recuperado el 12 de agosto 2013.

127. Santacruz G. (2004). Creciendo en El Salvador: una mirada a la situación de la adolescencia y juventud en el país. Estudios Centroamericanos (ECA). pp. 685-686
128. Santana, A. (2004). El Narcotráfico en América Latina, un fenómeno político, económico y social. 1ª. Edición. Siglo XXI editores SA de CV, en coedición con el centro coordinador y difusor de estudios latinoamericanos, UNAM. ISBN 968-23-2558-7.
129. Schwinn, T.; Schinke, S.; & Trent, D (2009). Substance use among late adolescent urban youths: Mental health and gender influences. *Addictive Behaviors* 35 (2010) 30–34. Artículo en Inglés | MEDLINE | ID: 19716660. Disponible en <http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resource/es/mdl-19716660> Recuperado el 10 de junio 2012.
130. Siñol, N.; Martínez-Sánchez, E.; Guillamó, E.; Campins, M. J.; Larger, F.; Trujols, J. Efectividad del ejercicio físico como intervención coadyuvante en las adicciones: una revisión. *Adicciones*; 25(1): 71-86, ene.-mar. 2013. Artículo en Es | IBECS | ID: 110676. Disponible en <http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resource/es/ibc-110676> Recuperado el 20 de agosto 2013.
131. Substance Abuse and mental Health Services Administration (2011). Result from the 2011 National Survey on Drug Use and Health: Summary of National Findings, NSDUH Series H-44, HHS Publication N° (SMA) 12-4713. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2012.
132. Tarter, R. E. (1996). Vulnerability to Drug Abuse. En R. E. Tarter, & A. P. Association (Ed.), *Ontogeny of Substance Abuse: Perspectives and Findings*. pp. 149-177. Washington, D. C.: M. Glantz & R. Pickens.
133. Transnational Institute (2012). Drogas y Conflicto. El nexo entre drogas y violencia en el triángulo norte. Documento de debate, noviembre, 2012. N°19. Disponible en <https://www.tni.org/files/download/debate19s.pdf> Recuperado el 8 de agosto de 2013.
134. Vega Fuente, A. (2003). Repensar la Educación sobre Drogas, para una nueva prevención. Monografía. *Revista española de drogodependencias*. 28 (1-2) 7-23.
135. Volkow, N.D; Li, TK (2004). Drug addictions: the neurobiology of behavior gone awry. *Nat Rev Neurosci* 2004; 12:963-970.
136. Wright, M.G.M. (1999). A Critical-Holistic Perspective of the Drug Phenomenon and Nursing Education. Paper Presented at III Seminar of CICAD Schools of Nursing Project on Demand Reduction in Latin America, Valencia, Venezuela, January 27-29.
137. Wright, M.G.M.; Gliksman, L.; Khenti, A.; & Ferreira, A. (2009). Investigación sobre el fenómeno de las drogas bajo el abordaje de los estudios multicéntrico

en América Latina y Caribe. Rev Latino-am Enfermagem 2009 novembro-dezembro; 17(Esp.):759-61  
[www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae)

138. Wright, M.G.M; Caufield, C; Gray, G; Olson, J; Ludueña, A; Musayon, A; Huaiquian, J; Scherlowski, H; Piedra, K; Bernal, M; Fontoura, M; Allonso, M; Pillon, S; Frari, S; Randuz, V (2005). Liderazgo Internacional en Enfermería relacionada al fenómeno de las drogas: un estudio de caso de la experiencia de colaboración entre la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de las Drogas (CICAD) y la Universidad de Alberta-Facultad de Enfermería. Rev Latino-am Enfermagem 2005 noviembre – diciembre; 13(número especial). On-line. Disponible en [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13nspe2/es\\_v13nspe2a03.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13nspe2/es_v13nspe2a03.pdf)  
Recuperado el 8 de agosto de 2013.
139. World Health Organization (2011). Human resources for mental Health: workforce shortages in low – and middle-income countries. ISBN 978 92 4 156422 9
140. World Health Organization (2011). Plan Mundial para el Decenio de Acción para la Seguridad Vial 2011-2020. ONU. Disponible en [http://www.who.int/roadsafety/decade\\_of\\_action/plan/spanish.pdf](http://www.who.int/roadsafety/decade_of_action/plan/spanish.pdf)  
Recuperado el 15 de junio 2014.

# Anexos

## ANEXO N° 1. Cuestionario Semiestructurado Evaluación del PNAD 2002-2008 Opinión de Expertos Nacionales



### CUESTIONARIO SEMIESTRUCTURADO

Indicación: conforme al alcance y resultados del Plan Nacional Antidrogas de El Salvador (PNAD 2002-2008) y considerando su área de desempeño en la Comisión Nacional Antidrogas (CNA), se formulan las siguientes preguntas y consultas. En la medida que le sea posible, se solicita responda con base en evidencias (puede recomendar o anexar fuentes de verificación: documentos, registros, informes, entre otros).

1. Especifique el área estratégica en la que se desempeña:
  - a) Prevención Integral del Consumo
  - b) Tratamiento, Rehabilitación y Reinserción
  - c) Investigación, Información y Estadística
  - d) Formación y Capacitación
  - e) Financiamiento y Cooperación
  
2. ¿Cuáles son los objetivos que se establecieron en el PNAD, en el ámbito del área estratégica en la que usted se desempeña?
  
3. Para el cumplimiento de los objetivos y metas propuestas ¿cuáles fueron las principales acciones realizadas?
  
4. Conforme al alcance ¿cuáles considera que son los principales logros en ésta área estratégica? y ¿cuáles son las evidencias?  
Logros:
  
5. Para el cumplimiento de los objetivos y metas propuestas ¿cuáles fueron las principales limitaciones para la implementación de acciones?
  
6. Del 1 al 10 y en relación al área estratégica seleccionada ¿cómo calificaría la efectividad del PNAD 2002-2008?
  - a) 1-3: No efectivo
  - b) 4-6: bajo nivel de efectividad
  - c) 7-8: moderado nivel de efectividad
  - d) 9-10: alto nivel de efectividad
  
7. ¿Cuáles son los principales desafíos a superar en ésta área?
  
8. Desde su punto de vista ¿han sido retomados estos desafíos en la nueva Estrategia Nacional Antidrogas 2011-2015?

9. ¿Qué oportunidades visualiza para el alcance de logros en ésta área?
10. ¿Cuál considera que fue la mayor fortaleza del PNAD?
11. ¿Cuál considera que fue la mayor debilidad del PNAD?
12. ¿Cuál considera que es el mayor desafío de país, para lograr un abordaje integral ante el consumo problemático de SPAs?
13. Desde su valoración ¿Cuenta el país con personal capacitado para el alcance de los objetivos y metas en las diferentes áreas estratégicas? ¿Cuál ha sido la principal limitante en el área de capacitación?
14. Desde su valoración ¿Cuenta el país con la infraestructura adecuada para el alcance de los objetivos y metas en las diferentes áreas estratégicas? Fundamente su respuesta.
15. Desde su valoración ¿Cuenta el país con la estructura organizativa que se necesita en las diferentes instituciones responsables de la ejecución, para el alcance de los objetivos y metas en las diferentes áreas estratégicas? Fundamente su respuesta.
16. Desde su experiencia y conocimiento ¿Cuenta el país con un presupuesto específico asignado para el cumplimiento de los objetivos y metas propuestas en el Plan o Estrategia Nacional Antidrogas? Fundamente su respuesta.

Nombre del participante:

Institución:

Cargo:

*¡Gracias por su participación!*

*La Universidad Evangélica de El Salvador se compromete a compartir con la Comisión Nacional Antidrogas los resultados de ésta Investigación y citar a la CNA como colaboradora del estudio, en la publicación de los resultados de la Investigación.*

Cuestionario respondido vía e-mail

Año 2013

**ANEXO N° 2. Reunión Red Nacional de Información sobre Drogas - Proyecto Informe Nacional sobre Drogas CNA**  
**Fechas de Reunión: 5 de febrero 2015 y 15 de abril 2015.**

<b>Nombre</b>	<b>Entidad</b>	<b>Teléfonos y Fax</b>	<b>Correo electrónico</b>
José Luis Reyes Zelaya	Dirección Nacional de Medicamentos	2522-5017 7206-2595	<a href="mailto:jose.reyes@medicamentos.gob.sv">jose.reyes@medicamentos.gob.sv</a> <a href="mailto:rjosluis@yahoo.es">rjosluis@yahoo.es</a>
Ledda Portillo de Henríquez	División Policía Técnica y Científica	7529-2472 7736-2403	<a href="mailto:laph09@yahoo.com">laph09@yahoo.com</a>
Myr. Franklin Rodas	Ministerio de la Defensa Nacional	2250-0117	<a href="mailto:dpdmdncad@gmail.com">dpdmdncad@gmail.com</a>
Walter Ulises Pérez Cruz	Hospital Psiquiátrico	2291-0050 Ext. 106	<a href="mailto:walterupcc@yahoo.es">walterupcc@yahoo.es</a>
Manuel Morales	Hogares CREA	2263-5889 7840-6163	<a href="mailto:drmanuelmorales@yahoo.com">drmanuelmorales@yahoo.com</a>
Cristina de Amaya	Universidad Evangélica de El Salvador	7601-8024 2275-4012	<a href="mailto:cristina.amaya@uees.edu.sv">cristina.amaya@uees.edu.sv</a>
Olga Cecilia Rivera	Unidad Especializada Delitos de Narcotráfico-FGR	2593-7568	<a href="mailto:ocrivera@fgr.gob.sv">ocrivera@fgr.gob.sv</a>
Douglas Alfredo Avilés	División Antinarcóticos de la PNC	2529-0800	<a href="mailto:jaimeflores@pnc.gob.sv">jaimeflores@pnc.gob.sv</a> <a href="mailto:doaviles@hotmail.com">doaviles@hotmail.com</a>
Marta Recinos Monge	Subdirección de Tránsito Terrestre	2529-0044 7070-5480	<a href="mailto:liliamarta06@hotmail.com">liliamarta06@hotmail.com</a>
Patricia Lorena Martínez	Ministerio de Relaciones Exteriores	2231-2920	<a href="mailto:plmartinez@ree.gob.sv">plmartinez@ree.gob.sv</a>
Arturo Carranza Rivas	Ministerio de Salud	2271-3587 7724-9294	<a href="mailto:acarranzarivas@gmail.com">acarranzarivas@gmail.com</a>
Alma Cecilia Escobar de Mena	Comisión Nacional Antidrogas	2526-3226	<a href="mailto:cecilia.mena@seguridad.gob.sv">cecilia.mena@seguridad.gob.sv</a> <a href="mailto:aceci_mena@yahoo.com">aceci_mena@yahoo.com</a>
Berta Yanira Canales de Díaz	Comisión Nacional Antidrogas	2526-3229	<a href="mailto:yanira.canales@seguridad.gob.sv">yanira.canales@seguridad.gob.sv</a> <a href="mailto:yaniracanales@gmail.com">yaniracanales@gmail.com</a>

### ANEXO N° 3. Convocatoria a Reunión del 5 de febrero 2015



COMISION NACIONAL ANTIDROGAS



San Salvador, 20 de enero de 2015

Oficio N°: CNA-USI-027-15,  
Código: BIGI-58I.

**Doctora**  
**Cristina Juárez de Amaya**  
**Vicerrectora Académica**  
**Universidad Evangélica de El Salvador**  
**Presente**

Le saludo cordialmente y aprovecho para hacer de su conocimiento que esta Dirección Ejecutiva como parte de las actividades del Proyecto de la **"Red Nacional de Información sobre Drogas"**, ejecutado en coordinación con la Comisión Interamericana para el Control de Abuso de Drogas (CICAD/OEA), llevará a cabo una reunión de trabajo el día 05 de febrero/2015 en las instalaciones de la Comisión Nacional Antidrogas, de 9:00 a 11:00 AM, ubicada en el edificio B-2, nivel 3, Complejo Plan Maestro, Centro de Gobierno.

Dicha reunión tiene como objetivo presentar el proyecto de elaboración del Informe Nacional de Drogas con los datos proporcionados por la Red Nacional de Información de El Salvador, así como revisar junto a los enlaces técnicos la información que necesita ser actualizada.

Por lo anterior, se le hace una atenta invitación a fin de que pueda asistir a dicha reunión. Se ruega confirmar asistencia a los teléfonos: 2526-3222 y 2526-3229 o a los correos: [yanira.canales@seguridad.gob.sv](mailto:yanira.canales@seguridad.gob.sv) o [yaniracanales@gmail.com](mailto:yaniracanales@gmail.com)

Sin otro particular y agradeciendo su atención a la presente.



Cmdo. Howard Augusto Cotto Castaneda  
Director Ejecutivo Ad-honorem

## ANEXO N° 4. Convocatoria a Reunión del 15 de abril 2015



COMISION NACIONAL ANTIDROGAS



San Salvador, 07 de abril de 2015

Oficio N°: CNA-USI-129-15

Código: B2G.3-633


**Doctora**  
**Cristina Juárez de Amaya**  
**Vicerrectora Académica**  
**Universidad Evangélica de El Salvador**  
**Presente**

Le saludo cordialmente y aprovecho para referirme a la elaboración del Informe Nacional de Drogas 2009-2014, que esta Dirección Ejecutiva está llevando a cabo como parte de las actividades del Proyecto de la **"Red Nacional de Información sobre Drogas"**, ejecutado en coordinación con la Comisión Interamericana para el Control de Abuso de Drogas (CICAD/OEA).

En tal sentido, se está convocando a una reunión de trabajo a fin de presentar los avances sobre el informe en mención, para el día 15 de abril/2015 en las instalaciones de la Comisión Nacional Antidrogas, de 9:00 a 11:00 AM, ubicada en el edificio B-2, nivel 3, Complejo Plan Maestro, Centro de Gobierno.

Por lo anterior, se le hace una atenta invitación a fin de que pueda asistir a dicha reunión. Se ruega confirmar asistencia a los teléfonos: 2526-3222 y 2526-3229 o a los correos: [yanira.canales@seguridad.gob.sv](mailto:yanira.canales@seguridad.gob.sv) o [yaniracanales@gmail.com](mailto:yaniracanales@gmail.com)

Sin otro particular y agradeciendo su atención a la presente.

  
**Comdo. Andrés Alexander Ramirez Médrano**  
**Director Ejecutivo**



**ANEXO N° 6. Censo de Centros de Tratamiento y Rehabilitación  
El Salvador, 2012.**

**Instituciones Especializadas**

<b>INSTITUCIÓN</b>	<b>UBICACIÓN</b>
Hospital Nacional Psiquiátrico Dr. José Molina Martínez	Soyapango
Hospital Nacional San Rafael	Santa Tecla
Hospital Nacional Rosales	San Salvador
Hospital Nacional Dr. José Saldaña	Los Planes de Renderos, San Marcos
Hospital Nacional de Cojutepeque	Cojutepeque
Hospital Nacional de Santa Ana	Santa Ana
Hospital Nacional de San Miguel	San Miguel
Hospital Nacional de Usulután	Usulután
FUNDASALVA	San Salvador
Centro Integral de Rehabilitación de Adicciones, CIRA	San Salvador
Hogares CREA	San Salvador
REMAR	San Salvador

**Establecimientos Especializados**

<b>ESTABLECIMIENTO</b>	<b>UBICACIÓN</b>
SEPAPS de Unidad de Salud Barrio Lourdes	San Salvador
SEPAPS de Unidad de Salud Unicentro	Soyapango
SEPAPS de Unidad de Salud de San Marcos	San Marcos
Clínicas Médicas Salvación CLIMEDISAL	San Salvador, Santo Tomás
Clínica de Rehabilitación Operación Rescate	La Libertad, Colón
Clínica Asistencial Sagrada Familia	Ilobasco, Cabañas

## Establecimientos no Especializados

ESTABLECIMIENTOS NO ESPECIALIZADOS	UBICACIÓN
ULJAD un lugar junto a Dios.	San Salvador
La esperanza	Cuscatancingo
Esperanza viva	San Salvador
Vencedores adictos a Cristo	Ilopango
HOCRAD	San Marcos
Hogar retorno del tabernáculo Bautista	San Salvador
Centro de rehabilitación Escapa por tu vida	Aguilares
“Solo por hoy” Herbert Moya	San Salvador
Alcance Victoria	San Salvador
Hombres de Oración	Soyapango
Centro Alfa y Omega	Ciudad Delgado
CREAD	Izalco
Ministerio Judá	Puerto de Acajutla, Sonsonate
Ministerio de Rehabilitación Filadelfia	Atiquizaya, Ahuachapán
Divino poder	Soyapango
Ministerio de Rehabilitación SILOE	Ilopango
Hogar de Rehabilitación Kemuel	Soyapango
Hogar príncipe de Paz	Carretera Apopa
Teen Challenge	San Salvador
Remanente	San Miguel
Centro cristiano pacto renovado	Soyapango
Hogar Gosen	San Salvador
Centro de rehabilitación Cristiano las Buenas Nuevas	La Paz
Clínica de rehabilitación rescate	La Libertad
La gloria es tuya Señor	San Salvador
Puerta de salvación para la mujer alcohólica y drogadicta	Mejicanos
Hogar de mujeres “El hombre injerto”	Santa Ana
Centro de recuperación vida nueva	San Salvador
Hogar para el alcohólico y Drogadicto	San Salvador
Antioquia	San Salvador y San Juan Opico
Asociación El Hogar para el Alcohólico Unidos por un solo Fin	San Salvador
Comunidad Terapéutica San Pablo	La Libertad
Comunidad Terapéutica Santa Clara de Asís	La Libertad
Casa Hogar Una luz en el camino	San Salvador
Centro de Rehabilitación Fuente de Vida	Sonsonate