

**Dirección General de Investigación -DIGI-,  
Universidad de San Carlos de Guatemala -USAC-  
Subprograma de Administración y Apoyo a la Investigación  
Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia -SEGEPLAN-**

**PRINCIPIOS, OBJETIVOS, ESTRATEGIAS, LÍNEAS DE ACCIÓN, COMPETENCIAS, ROLES Y  
RESULTADOS DE LAS POLÍTICAS DE REDUCCIÓN DE LA DEMANDA DE DROGAS EN  
GUATEMALA DURANTE LOS ÚLTIMOS DIEZ AÑOS**

---

**Investigadora:  
Jeimy Nairobi Gómez Córdova**

**Guatemala, 9 de noviembre de 2012**

## ÍNDICE GENERAL

---

<b>RESUMEN.....</b>	<b>1</b>
<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>3</b>
<b>ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN.....</b>	<b>5</b>
<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>6</b>
<b>METODOLOGÍA.....</b>	<b>6</b>
<b>CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO, LEGAL E INSTITUCIONAL SOBRE LA REDUCCIÓN DE LA DEMANDA DE DROGAS.....</b>	<b>7</b>
1.1 Conceptualización de la reducción de la demanda.....	7
1.2 Legislación y compromisos internacionales y nacionales sobre la reducción de la demanda.....	9
1.2.1 Legislación y compromisos internacionales .....	9
1.2.1.1 Convención Única sobre Estupefacientes de 1961, enmendada por el Protocolo de 1972 y Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971 ..	10
1.2.1.2 Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas de 1988 .....	10
1.2.1.3 Declaración sobre los principios rectores de la reducción de la demanda de drogas .....	10
1.2.1.4 Plan de Acción Hemisférico sobre Drogas 2011-2015 de la Estrategia Hemisférica sobre Drogas.....	11
1.2.2 Legislación nacional .....	12
1.2.2.1 Constitución Política de la República de Guatemala, 1985.....	13
1.2.2.2 Código de Salud, Decreto No. 90-97 .....	13
1.2.2.3 Ley contra la Narcoactividad, Decreto No. 48-92 de octubre de 1992 y las modificaciones del Decreto No. 32-99 de agosto de 1999.....	14
1.2.2.4 Ley de Protección al Menor en Situación de Riesgo de Drogadicción, Decreto No. 26-96 reformado por el Decreto No. 31-97 .....	15
1.2.2.5 Ley de Educación Nacional, Decreto No. 12-91.....	15
1.2.2.6 Ley de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia, Decreto No. 27-2003 .....	15
1.2.3 Instituciones responsables en la reducción de la demanda de drogas en Guatemala.....	16
1.2.3.1 Comisión contra las Adicciones y el Tráfico Ilícito de Drogas –CCATID-.....	16
1.2.3.2 Ministerio de Educación -MINEDUC- .....	18
1.2.3.3 Ministerio de Gobernación .....	19
1.2.3.4 Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social -MSPAS- .....	20

<b>CAPÍTULO II: PRINCIPIOS, OBJETIVOS, ESTRATEGIAS, LÍNEAS DE ACCIÓN, COMPETENCIAS, ROLES Y RESULTADOS DE LAS POLÍTICAS DE REDUCCIÓN DE LA DEMANDA DE DROGAS EN GUATEMALA DURANTE LOS ÚLTIMOS DIEZ AÑOS .....</b>	<b>21</b>
2.1 Plan Nacional Antidrogas 1999-2003 .....	21
2.1.1 Descripción general.....	21
2.1.2 Principales esfuerzos y resultados .....	23
2.1.2.1 Prevención .....	23
2.1.2.2 Tratamiento.....	24
2.1.2.3 Estadísticas de consumo .....	24
2.2 Estrategia Nacional contra las Drogas 2004-2008 .....	29
2.2.1 Descripción general.....	29
2.2.2 Principales esfuerzos y resultados .....	31
2.2.2.1 Prevención .....	31
2.2.2.2 Tratamiento.....	35
2.2.2.3 Estadísticas de consumo .....	37
2.3 Política Nacional contra las Adicciones y el Tráfico Ilícito de Drogas –PNCATID- ..	41
2.3.1 Descripción general.....	41
2.3.2 Principales esfuerzos y resultados .....	44
2.3.2.1 Prevención .....	44
2.3.2.2 Tratamiento.....	47
2.3.2.3 Estadísticas de consumo .....	50
<b>CAPÍTULO III: DÉFICITS Y DESAFÍOS PARA IMPLEMENTAR EFICAZMENTE LAS POLÍTICAS DE REDUCCIÓN DE LA DEMANDA DE DROGAS EN GUATEMALA.....</b>	<b>57</b>
3.1 Obstáculos principales en la implementación de las políticas .....	57
3.1.1 Escaso presupuesto .....	57
3.1.2 Insuficientes programas de prevención y tratamiento con poca cobertura ..	58
3.1.3 Escasa evaluación sistemática y constante de los programas de prevención y tratamiento .....	58
3.1.4 Ausencia de estudios amplios y descriptivos sobre los niveles de consumo y otros indicadores .....	59
3.2 Desafíos prioritarios para lograr mejores resultados .....	60
<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>64</b>
<b>RECOMENDACIONES.....</b>	<b>66</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>67</b>
1. Matriz de instituciones nacionales responsables de la reducción de la demanda.....	67
2. Cuestionario de preguntas básicas.....	68
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>69</b>

## ÍNDICE DE ILUSTRACIONES Y GRÁFICAS

---

Ilustración 1 Mapa de Riesgo (Año 2002).....	25
Gráfica 1 Frecuencia de respuestas “nunca” he consumido tabaco, alcohol y las demás sustancias (solvente-pegamento, marihuana, cocaína, crack y otras sustancias), según estrato socioeconómico -ENJU-2011-.....	53
Gráfica 2 Frecuencia de respuestas “nunca” he consumido tabaco, alcohol y las demás sustancias (solvente-pegamento, marihuana, cocaína, crack y otras sustancias), por dominio -ENJU-2011- .....	54
Gráfica 3 Causas principales de consumo de sustancias en jóvenes y de bebidas alcohólicas -ENJU-2011- .....	54

## ÍNDICE DE TABLAS

---

Tabla 1 Prevalencia del consumo 2002 en estudiantes de 12 a 18 años del .....	26
Tabla 2 Encuesta Nacional 2003 sobre prevalencia dirigida a estudiantes .....	27
Tabla 3 Edad promedio de inicio de abuso de drogas.....	27
Tabla 4 Percepción del riesgo Años, 2002, 2003 y 2004 .....	28
Tabla 5 Presupuesto por área de la Estrategia Nacional contra las Drogas.....	30
Tabla 6 Presupuesto anual de CCATID Años 2004-2006 .....	30
Tabla 7 Programas de prevención de drogas en Guatemala .....	31
Tabla 8 Actividades de prevención sobre drogas en Guatemala.....	32
Tabla 9 Cursos de capacitación en prevención y tratamiento de drogas, .....	33
Tabla 10 Ampliación de cobertura Programa Segundo Paso y Programa DARE,.....	34
Tabla 11 Programa Haz Deporte y Viven Sin Drogas y Proyecto Fortalecimiento de Organizaciones Gubernamentales y no Gubernamentales, Año 2008 .....	34
Tabla 12 Servicios de tratamiento por consumo de drogas años 2004, 2005 y 2006 .....	36
Tabla 13 Prevalencia del consumo de drogas en población general (12 a 65 años), Año 2005.....	38
Tabla 14 Incidencia del consumo de drogas en la población general (12 a 65 años), Año 2005.....	39
Tabla 15 Edad de inicio del primer consumo por tipo de droga en la población general (12 a 65 años), Año 2005 .....	39
Tabla 16 Percepción del riesgo de consumir drogas en la población general .....	40
Tabla 17 Prevalencia de vida población menor de edad (12 a 18 años) .....	41
Tabla 18 Programas y proyectos de prevención, Años 2008-2009 .....	44
Tabla 19 Proyectos de prevención, Año 2009 .....	44
Tabla 20 Programas y proyectos de prevención, Año 2010 .....	45
Tabla 21 Jóvenes que “Nunca” han consumido sustancias, por sexo -ENJU-2011- .....	52
Tabla 22 Respuesta “Nunca” por grupo etario -ENJU-2011-.....	53

## RESUMEN

---

La presente investigación hace un esfuerzo es reconstruir y sistematizar el marco de principios, objetivos, estrategias, líneas de acción, competencias, roles y resultados de las políticas de reducción de la demanda de drogas en Guatemala durante los últimos diez años.

En el capítulo I se conceptualiza el término “reducción de la demanda” el cual básicamente se refiere a las distintas estrategias planteadas en las políticas y programas con el objetivo principal de minimizar el consumo de drogas en el mundo. Por ello, existe una serie de legislación internacional y nacional que regula las acciones de reducción de la demanda, por ejemplo la Convención única de las Naciones Unidas sobre estupefacientes de 1961, la Declaración sobre los principios rectores de la reducción de la demanda de drogas, la Ley Contra la Narcoactividad de Guatemala y el Código de Salud, entre muchas otras normativas.

Además, se describen las principales instituciones nacionales responsables de encaminar sus esfuerzos para la reducción de la demanda en el país, tales como el Ministerio de Educación, el Ministerio de Gobernación a través de la Policía Nacional Civil, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, son coordinadas por la Secretaría Ejecutiva de la Comisión contra las Adicciones y el Tráfico Ilícito de Drogas -SECCATID-, que constituye el órgano rector responsable de ejecutar la políticas y programas nacionales antidrogas.

En el capítulo II se sistematizan los principios, objetivos, estrategias, líneas de acción, competencias, roles y resultados de las políticas de reducción de la demanda de drogas en Guatemala durante los últimos diez años, mediante el análisis descriptivo del Plan Nacional Antidrogas 1999-2003, de la Estrategia Nacional Contra las Drogas 2004-2008 y de la Política Nacional Contra las Drogas y el Tráfico Ilícito de Drogas –PNCATID-.

Estos tres instrumentos son analizados detallando sus principales características, las acciones implementadas y los logros obtenidos en cuanto a prevención, tratamiento y estadísticas de consumo.

Respecto a la prevención, se identificaron varios programas y proyectos tales como Mis Primeros Pasos, DARE, PRONEPI, Programa Liga Atlética Policial, Proyecto jóvenes en riesgo, Proyecto Zonas Fronterizas, Programa Vive sin Drogas, Programa Prevención Laboral, Programa Prevención Comunitaria, entre muchos otros, cada uno con especial atención en poblaciones claves. Estos programas permitieron identificar que la cobertura de los mismos es bastante limitada y la cantidad de personas beneficiadas es mínima, además existe debilidad en la evaluación del impacto de todos los programas que se han implementado y siguen ejecutándose.

En cuanto al tratamiento, se encontró que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, a través del Departamento de Regulación, Acreditación y Control de Establecimientos de Salud es el encargado de vigilar que los Centros de Atención Integral a Personas con Adicciones, que funcionan en todo el país, implementen las Normas Mínimas para Centros de Atención a Personas con Problemas Derivados del Consumo de Sustancias Adictivas. Sin embargo, se observó que este Departamento no realiza eficientemente esta función, porque no se monitorean los servicios que brindan todos los centros que se han acreditado.

El tema de las estadísticas de consumo, se desarrolló a través de las diferentes encuestas y estudios realizados en el país los últimos diez años, tales como la Investigación de Riesgos Macrosociales de Drogodependencia a Nivel Departamental del año 2000, la Encuesta sobre Consumo de Drogas en Estudiantes de Enseñanza Media a Nivel Metropolitano en Establecimiento Públicos y Privados en el año 2002, el Estudio Nacional de Desregulación Psicológica y su Relación con el Consumo de drogas en Jóvenes Adolescentes Guatemaltecos del 2003, la Primera Encuesta Nacional en Hogares sobre Salud, Consumo de Alcohol, Tabaco y Otras Sustancias Adictivas del 2005, el estudio sobre El Consumo de Drogas desde la Perspectiva de los Estudiante y de los Maestros del Área Urbana en los Departamentos de Santa Rosa, San Marcos, Jutiapa y Alta Verapaz en el año 2009, el Estudio sobre el Consumo de Drogas en la Población Privada de Libertad y su relación con la Conducta Delictiva del año 2010, la Primera Encuesta Nacional de Juventud en Guatemala -ENJU, 2011-, el estudio realizado por la Procuraduría de Derechos Humanos -PDH- en el Centro Juvenil de Detención Provisional -CEJUDEP- en el 2012 y las recientes encuestas realizadas por la SECCATID.

Todos estos estudios reflejan que el alcohol y el tabaco son las drogas que sirven de puerta de entrada para el consumo de drogas ilegales, tales como la marihuana que constituye la droga ilegal más consumida por la población en general y específicamente por lo jóvenes, seguidamente de la cocaína y el crack. Además estos estudios determinan nuevas modalidades de consumo que mezclan drogas ilegales con legales, entre muchos otros hallazgos.

Por último, en el capítulo III se describen y analizan los obstáculos principales en la implementación de las políticas, tales como: el escaso presupuesto que se otorga a la reducción de la demanda en el país; los insuficientes programas existentes de prevención y tratamiento con poca cobertura; la escasa evaluación sistemática y constante de los programas de prevención y tratamiento; y, la ausencia de estudios amplios y descriptivos sobre los niveles de consumo y otros indicadores.

Finalmente, se contemplan los desafíos prioritarios para lograr mejores resultados contra las drogas en Guatemala. En donde se analiza el debate y discusión actual a nivel nacional e internacional sobre redefinir las medidas y los paradigmas en relación a la lucha contra el narcotráfico.

## INTRODUCCIÓN

---

Históricamente las drogas han formado parte de las culturas y sobrellevar sus consecuencias no ha sido tan complicado como en la actualidad, puesto que desde hace varias décadas se han convertido en un problema bastante complejo; en el cual interactúan tantos factores y percepciones en torno a ellas que básicamente constituyen hasta el momento verdaderas amenazas a la seguridad nacional de los Estados y a la salud pública de los mismos.

En la actualidad, la droga más consumida a nivel mundial es la marihuana y es Norteamérica la que concentra a la mayoría de consumidores. También, existe un fuerte consumo de cocaína, crack, éxtasis, entre muchas otras y una mezcla entre droga ilegales y legales que ha aumentado recientemente. Pero tal demanda de drogas, exige una gran variedad de oferta que gira en torno a la producción y tráfico ilícito de las drogas y se vincula con otros graves delitos, principalmente derivados de la delincuencia transnacional.

Todo lo anterior ha afectado en gran medida a Guatemala, que por su ubicación geográfica, se ha convertido en una ruta estratégica para transitar drogas ilícitas desde Suramérica hacia los Estados Unidos. Tal situación bastante delicada ha resultado en altos costos humanos, económicos y políticos; por tal motivo, desde hace mucho tiempo el narcotráfico ha sido considerado como una de las más grandes amenazas a la seguridad nacional.

Es por ello, que en Guatemala desde hace muchos años se han llevado a cabo distintas acciones para enfrentar al narcotráfico, fundamentadas por las convenciones internacionales que se han ratificado y por la legislación nacional existente sobre la materia.

En el año 1996, se crea la Comisión Contra las Adicciones y el Tráfico Ilícito de Drogas -CCATID-, con el mandato de diseñar las políticas y estrategias nacionales, ejecutándolas a través de la Secretaría Ejecutiva de la Comisión Contra las Adicciones y el Tráfico Ilícito de Drogas -SECCATID-. Del resultado de ese mandato la CCATID ha elaborado el Plan Nacional Antidrogas 1999-2003, la Estrategia Nacional Contra las Drogas 2004-2008 y la Política Nacional Contra las Drogas y el Tráfico Ilícito de Drogas en 2009; la cual aún está vigente.

Todos estos instrumentos implementados por la SECCATID y otras instituciones y organizaciones, como se mencionó anteriormente, están regidas por legislaciones de organizaciones internacionales como la ONU y regionales como la OEA que han promovido una lucha global antidrogas para enfrentar directamente al narcotráfico y a los delitos que se le vinculan bajo el paradigma prohibicionista que se caracteriza por ser represivo.



Sin embargo, como el problema no se ha podido solucionar, últimamente han cobrado fuerza ciertas ideas que consideran que esa lucha represiva contra las drogas ha sido y es insuficiente para enfrentar todas las implicaciones de forma efectiva.

De tal manera que, el nuevo paradigma de desregulación o regulación del mercado de drogas para enfrentar al narcotráfico, aboga por una lucha integral y equilibrada, poniéndole mayor atención a la demanda y no tanto a la oferta de drogas. Este nuevo paradigma establece que las respuestas y soluciones deben surgir de las políticas de salud pública y no de las políticas de seguridad pública. Esto no significa la inexistencia de regulaciones y fiscalizaciones.

El paradigma de desregulación se basa en ciertas experiencias que han sido exitosas, en las cuales se ha concluido que criminalizar la marihuana no ha reducido el consumo y cuando se ha decidido su despenalización el consumo no ha aumentado. Además, en este enfoque las metas apuntan a la reducción de daños a la salud, a la seguridad y bienestar de las personas, dándole mayor énfasis a la prevención, tratamiento y rehabilitación del consumo de drogas, es decir, a la Reducción de la Demanda. Además, prioriza la creación de programas para el desarrollo alternativo.

Por tal motivo, actualmente existe un debate en Guatemala sobre la efectividad del paradigma prohibicionista en la guerra contra el narcotráfico, ya que por el país transitan grandes flujos de drogas como la cocaína. Además, algunos consideran que Guatemala ya no es simplemente un país de tránsito, sino también un país consumista y productor de algunas drogas. Y como resultado de ello, el país tiene uno de los más altos niveles de violencia en el mundo que se relacionan con el narcotráfico.

Por esta razón, el Presidente Otto Pérez Molina ha propuesto realizar una seria discusión para reflexionar sobre este nuevo enfoque y así luchar contra el narcotráfico de forma integral y desde una perspectiva de la salud pública. Por ello, resalta la necesidad de revisar conscientemente la normativa internacional restrictiva y represiva existente que impide desarrollar alternativas distintas.

Por todo lo anterior, en el presente estudio se reconstruyen, sistematizan y analizan los principales principios, objetivos, estrategias, líneas de acción, roles, competencias y resultados obtenidos por las instituciones responsables frente al problema de las drogas en Guatemala, específicamente en materia de Reducción de la Demanda de drogas durante los últimos diez años. Estableciendo para ello, los principales obstáculos y desafíos que han impedido implementar eficazmente las políticas de Reducción de la Demanda de drogas en el país.

## ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN

---

Desde febrero de 2012, el Gobierno de Guatemala ha venido impulsando en altas instancias y foros políticos nacionales e internacionales un proceso de reflexión y diálogo crítico en torno al paradigma dominante de la “prohibición total de las drogas” –sus supuestos, sus métodos y sus consecuencias, no sólo en el ámbito de la seguridad sino también en los ámbitos de la política, la economía y la sociedad. Más concretamente, el Gobierno de Guatemala ha destacado la necesidad de iniciar un proceso de reflexión a nivel intergubernamental sobre alguna forma de regulación del mercado de las drogas, descartándose únicamente en principio la opción extrema de la libertad absoluta de mercado para las drogas. Ni prohibición total ni legalización absoluta de las drogas.

Como uno de los primeros frutos derivados de la iniciativa del Gobierno de Guatemala y el apoyo político de otros países latinoamericanos, en la reciente VI Cumbre de las Américas se encargó a la Organización de Estados Americanos (OEA) la realización de un estudio sobre la lucha contra las drogas y la exploración de nuevos enfoques contra éstas, sin que ello implique necesariamente hoy en día un debate específico respecto a la legalización (total o parcial) de las drogas. Con ello, ha sido abierta ya una importante ventana de oportunidad para la búsqueda y definición de políticas alternativas frente a las drogas que no estén inspiradas ni se deriven exclusivamente del paradigma dominante de la prohibición total.

Tras ello, la búsqueda de mayores avances en el plano interno e internacional para la formulación de nuevas políticas públicas frente a las drogas exige ahora la apertura y desarrollo de procesos concretos de diálogo y reflexión conjunta entre instituciones públicas, universidades, centros de investigación y organizaciones de la sociedad civil con experiencia en la materia, entre otras instituciones relevantes.

Estos procesos de diálogo y reflexión requieren de la producción de insumos técnicos que sustenten y alimenten las discusiones a entablar entre los actores participantes respecto al diseño de políticas públicas alternativas, basadas en evidencia, frente a las drogas. En el caso guatemalteco, uno de tales insumos relevantes lo constituye precisamente la reconstrucción, sistematización y análisis de los enfoques, principios, objetivos, estrategias, líneas de acción, roles, competencias y resultados obtenidos por las instituciones responsables frente al problema de las drogas en Guatemala, específicamente en materia de Reducción de la Demanda de drogas durante los últimos diez años.

## OBJETIVOS

---

1. Reconstruir los componentes y contenidos de política pública vigentes en las políticas de reducción de la demanda de drogas en Guatemala.
2. Sistematizar el marco de principios, objetivos, estrategias, líneas de acción, competencias, roles y resultados de las políticas de reducción de la demanda de drogas en Guatemala durante los últimos diez años.
3. Identificar los principales déficits y desafíos existentes para la implementación eficaz de las políticas de reducción de la demanda de drogas en Guatemala.

## METODOLOGÍA

---

### **a. Actividades para la realización del estudio**

1. Recolección, revisión y análisis de documentos físicos y digitales.
2. Entrevistas estructuradas con autoridades de las instituciones responsables.
3. Elaboración de borradores preliminares.
4. Reuniones de retroalimentación y enriquecimiento del borrador preliminar.
5. Elaboración de la versión final del informe.

### **b. Cronograma para la elaboración del estudio**

- De día 1 a día 30: Recopilación de información.
- Día 31 a día 60: Elaboración de documentos preliminares del estudio a la SEGEPLAN para su revisión.
- Día 61 a día 85: Redacción final del informe.
- Día 86 a día 90: Entrega oficial del informe completo a la Dirección General de Investigación.

### **c. Productos esperados**

1. Matriz de instituciones responsables en la reducción de la demanda de drogas en Guatemala.
2. Reconstrucción y sistematización del marco de principios, objetivos, estrategias, líneas de acción, competencias, roles y resultados de las políticas de reducción de la demanda de drogas en Guatemala durante los últimos diez años.
3. Déficit y desafíos existentes para la implementación eficaz de las políticas de reducción de la demanda de drogas en Guatemala.

# CAPÍTULO I

## Marco teórico, legal e institucional sobre la reducción de la demanda de drogas

---

### 1.1 Conceptualización de la reducción de la demanda

De acuerdo al Instituto Costarricense sobre Drogas -ITC- (2007), el fenómeno de las drogas enfocado desde el punto de vista del consumo es considerado un problema de salud pública, implicando costos para los países en la atención a las personas drogodependientes. Por tal motivo, desde hace varias décadas los organismos internacionales rectores en la materia han establecido estrategias globales para el abordaje integral de esta problemática, utilizando el término “Reducción de la Demanda”.

Sin embargo, para entender mejor dicho término es necesario comprender otros más de los cuales se constituye, el primero de ellos es el conocido generalmente como “**droga**” que de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud –OMS-, se refiere a “toda sustancia, de uso médico o no, con tropismo por el Sistema Nervioso Central, y que cumpla con el principal criterio de selección emanado del Comité de Expertos en Farmacodependencia de la OMS, como lo es el que haya evidencia de que la sustancia es capaz de iniciar, o llevar, al abuso, constituyéndose en significativo problema social y de salud pública, justificando que se establezca la necesidad de someterla bajo control internacional” (2003, p. 15, citado en ITC, 2007).

Asimismo, para entender la adicción o dependencia de las drogas, es necesario conocer el primer estadio; es decir, el “**consumo**” de dichas sustancias, entendido como “cualquier uso no excesivo o nocivo de sustancias psicoactivas, sin implicaciones en la salud integral del individuo; incluye el uso experimental, ocasional y/o recreacional de la sustancia” (OMS, 1993, p. 3, citado en ITC, 2007). El segundo estadio denominado consumo perjudicial o abuso de drogas se refiere a las “modalidades de consumo de sustancias psicoactivas que causan perjuicios a la salud del consumidor. Los perjuicios pueden ser físicos (...) o mentales (...). El consumo perjudicial también suele tener consecuencias sociales adversas.” (OMS, 2000, p. 5 citado en ITC, 2007).

El último estadio es la dependencia a las drogas entendida como el “conjunto de síntomas cognitivos, conductuales y fisiológicos que indican que la persona sigue consumiendo la sustancia, pese a sufrir problemas considerables, por hacerlo. Existen pautas de autoadministración reiterada, que suelen dar lugar a la tolerancia, a síntomas de privación y a un comportamiento compulsivo de consumo de drogas.”(ONUDD, 2003, p. 12, citado en ITC, 2007).

Tomando en cuenta que la recuperación de la dependencia a las drogas requiere de intervención médica, psicológica y social; y, por lo tanto, constituye un problema de salud pública que demanda grandes esfuerzos económicos y sociales, la Organización de las Naciones Unidas –ONU- a través de las Convenciones Internacionales de Control de Droga, a finales del Siglo XX establece el término “**Reducción de la Demanda**” refiriéndose a las distintas estrategias creadas para minimizar el consumo de drogas en el mundo. Es decir que, cuando se habla de Reducción de la Demanda se apunta a todas aquellas políticas y programas encaminadas a reducir la utilización de drogas.

Por esta razón, existen dos términos muy conectados a la Reducción de la Demanda, el primero es la “**prevención**”, entendida como la “intervención designada para cambiar las determinantes sociales del entorno sobre el abuso de drogas, incluyendo la desmotivación del uso inicial de drogas y previniendo la tendencia del uso más frecuente y regular sobre las poblaciones en riesgo. (...) Esencialmente, los componentes más importantes de la prevención son los siguientes: La creación de conciencia, informando y educando acerca de las drogas y las condiciones adversas en la salud y los efectos sociales del uso y abuso de las mismas, y promoviendo las normas antidrogas y el comportamiento pro-social en contra del uso; permitiendo adquirir a los grupos e individuos habilidades sociales y personales de vida para desarrollar actitudes antidrogas y evitar comprometerse en conductas de uso de drogas; promoviendo ambientes de ayuda y alternativas más saludables, conductas más productivas y plenas y estilos de vida libres del uso de drogas” (trad. ONUDD, 2000, p. 58).

El segundo concepto estrechamente vinculado a la reducción de la demanda es el de “**tratamiento**” de la dependencia de las drogas “concebido como un “continuum”, en el cual tienen cabida desde las intervenciones de mínima complejidad, dirigidas a atender a aquellos individuos con la menor gravedad de problemas derivados del consumo, hasta aquellas intervenciones que requieren de utilización de mayor intensidad de tecnología y equipos especializados en la atención de los consumidores y dependientes de drogas, en quienes, las consecuencias del consumo han alcanzado niveles tales de gravedad, que solo es posible esperar resultados positivos mediante la utilización de un monto importante de recursos especializados para su recuperación” (CICAD-OEA, 2004, p. 12, citado en ITC, 2007).

De acuerdo a la CICAD-OEA (2004) el concepto de “continuum” engloba tanto a la intervención terapéutica en todas las fases del trastorno adictivo, así como a la posibilidad de contar con una amplia variedad de opciones de tratamiento disponibles, para armonizarlo con las necesidades específicas de distintos individuos y poblaciones; encaminado a obtener resultados óptimos de atención.

Asimismo, el Instituto Costarricense sobre Drogas –ITC- (2007) concluye que normalmente el éxito de las acciones orientadas a Reducir la Demanda de drogas se mide con datos que demuestren la disminución en las prevalencias de uso de drogas y el impacto que los programas y proyectos preventivos tengan sobre las poblaciones meta definidas.

## **1.2 Legislación y compromisos internacionales y nacionales sobre la reducción de la demanda de drogas**

### **1.2.1 Legislación y compromisos internacionales**

Guatemala forma parte de una serie de instrumentos internacionales relacionados al fenómeno de la droga, en los cuales se compromete a “fiscalizar la producción y distribución de estupefacientes y sustancias psicotrópicas, a luchar contra el uso indebido y el tráfico ilícito de drogas, a mantener los mecanismos administrativos necesarios e informar sobre sus actividades” (SECATIDD, 2009a, p. 4).

De los instrumentos pertenecientes al sistema de las Naciones Unidas, sobresalen los siguientes:

- a. Convención única de las Naciones Unidas sobre estupefacientes, 1961, modificada por el protocolo de 1972;
- b. Convención de las Naciones Unidas sobre sustancias psicotrópicas, 1971;y,
- c. Convención de las Naciones Unidas contra el tráfico ilícito de estupefacientes y sustancias psicotrópicas, 1988.

En el marco del Sistema de Integración Centroamericana -SICA-, los instrumentos más importantes son:

- a. Acuerdo de cooperación regional para la erradicación del tráfico ilícito de drogas con los Gobiernos Centroamericanos en 1990.
- b. Convenio constitutivo de la Comisión Centroamericana Permanente para la erradicación de la producción, tráfico, consumo y uso ilícito de estupefacientes y sustancias psicotrópicas suscrito entre las Repúblicas de Guatemala, El Salvador, Honduras, Nicaragua y Panamá en 1993.

Además, Guatemala ha ratificado varios convenios y tratados sobre la materia con varios Estados como: México, Estados Unidos, España, Colombia, Perú, Venezuela, entre otros.

Específicamente, la **Reducción de la Demanda** se encuentra regulada en varios de los instrumentos internacionales mencionados anteriormente y en compromisos y declaraciones internacionales; por ello, a continuación se enfatizan algunos de ellos, de los cuales se describen las principales disposiciones que promueven.

#### **1.2.1.1 Convención Única sobre Estupefacientes de 1961, enmendada por el Protocolo de 1972 y Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971 (Artículos 38 y 20 respectivamente)**

“Las Partes adoptarán todas las medidas posibles para prevenir el uso indebido de estupefacientes y sustancias sicotrópicas y asegurar la pronta identificación, tratamiento, educación, postratamiento, rehabilitación y readaptación social de las personas afectadas, y coordinarán sus esfuerzos”. Para ello, fomentarán la formación del personal adecuado para el tratamiento y prestarán asistencia para la prevención del uso indebido de dichas drogas.

#### **1.2.1.2 Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas de 1988 (Artículo 14, párrafo 4)**

“Las Partes adoptarán medidas adecuadas tendientes a eliminar o reducir la demanda ilícita de estupefacientes y sustancias sicotrópicas con miras a reducir el sufrimiento humano. (...) en las esferas de la prevención, del tratamiento y de la rehabilitación. Las Partes podrán concertar acuerdos o arreglos bilaterales o multilaterales tendientes a eliminar o reducir la demanda ilícita de estupefacientes y sustancias sicotrópicas”.

#### **1.2.1.3 Declaración sobre los principios rectores de la reducción de la demanda de drogas (Resolución S-20/3 de la Asamblea General de la ONU, 9ª sesión plenaria, 10 de junio de 1998)**

Artículo 8. “La formulación del componente de reducción de la demanda de las estrategias nacionales e internacionales de fiscalización de drogas deberá regirse por los siguientes principios, de conformidad con los principios de la Carta de las Naciones Unidas y del derecho internacional, (...) los principios de la Declaración Universal de Derechos Humanos y el principio de la responsabilidad compartida:

a) Deberá existir un equilibrio entre la reducción de la demanda y la reducción de la oferta, de forma que ambas se refuercen mutuamente, en el marco de una estrategia integrada para resolver el problema de la droga;

b) Las políticas de reducción de la demanda deberán:

- i) Estar orientadas hacia la prevención del uso de drogas y la reducción de las consecuencias negativas de su uso indebido;

- ii) Prever y fomentar la participación activa y coordinada de los particulares a nivel de la comunidad, tanto en general como en situaciones que entrañan un riesgo especial, por ejemplo, por razones de ubicación geográfica, circunstancias económicas o la presencia de una población relativamente numerosa de toxicómanos;
- iii) Tener muy presentes las especificidades tanto culturales como de género;
- iv) Contribuir al desarrollo y mantenimiento de un entorno favorable”.

Artículo 10. “Los programas de reducción de la demanda deberán abarcar todos los aspectos de la prevención, desde desalentar el consumo inicial hasta reducir las consecuencias sanitarias y sociales nocivas del uso indebido de drogas. Deberán incorporar servicios de información, educación, sensibilización pública, pronta intervención, asesoramiento, tratamiento, rehabilitación, prevención de recaídas, postratamiento y reinserción social. Deberá brindarse pronta ayuda y acceso a los servicios a quienes lo necesiten”.

#### **1.2.1.4 Plan de Acción Hemisférico sobre Drogas 2011-2015 de la Estrategia Hemisférica sobre Drogas** (3 y 4 de mayo de 2011, Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas -CICAD- de la Organización de los Estados Americanos -OEA-)

Objetivos de Reducción de la Demanda:

1. “Desarrollar e implementar políticas, planes y/o programas integrales, según corresponda, de reducción de la demanda que incluya elementos de prevención universal, selectiva e indicada, intervención temprana, tratamiento, rehabilitación y servicios relacionados al apoyo en la recuperación”.
2. “Desarrollar métodos para divulgar información sobre los riesgos asociados al consumo de drogas, a través de la utilización de nuevas tecnologías de información y de los medios de comunicación masiva, e informar al público en general y a las variadas poblaciones objetivo, acerca de los servicios de prevención y de tratamiento disponibles”.
3. “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 poblacionales, incluyendo poblaciones en riesgo”.
4. “Incorporar en los programas de prevención familiar, comunitaria y laboral, modalidades de intervención que atiendan las necesidades específicas de la población adulta, incluyendo situaciones como son la conducción bajo la influencia de las drogas y los accidentes en el lugar del trabajo relacionados con el consumo de drogas”.
5. “Promover en los sistemas de salud pública la integración de planes y programas de tratamiento y rehabilitación que aborden la dependencia de drogas como una enfermedad crónica y recurrente”.



6. “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 basados en evidencia y teniendo en cuenta estándares de calidad aceptados internacionalmente”.
7. “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 prosecución penal o privación de libertad”.
8. “Proporcionar, según sea posible, servicios de tratamiento dirigidos a los internos en centros de reclusión”.
9. “Fortalecer las relaciones gubernamentales con instituciones académicas, de investigación y organizaciones no gubernamentales (ONG’s) especializadas, a fin de generar evidencia sobre la demanda de drogas”.
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”.
11. “Monitorear y evaluar científicamente los programas en reducción de la demanda de drogas”.

### **1.2.2 Legislación nacional**

Dentro del marco jurídico en Guatemala que regula todo lo relacionado al problema de las drogas se encuentran los siguientes documentos legales:

- a. Constitución Política de la República de Guatemala, 1985
- b. Código de Salud, Decreto No. 90-97;
- c. Código Procesal Penal, Decreto No. 51-92;
- d. Decreto No. 47-96, declara de interés nacional el rescate del niño, niña y adolescente alcohólico;
- e. Ley Contra la Narcoactividad, Decreto No. 48-92 de octubre de 1992 y las modificaciones del Decreto No. 32-99 de agosto de 1999;
- f. Ley de Protección al Menor en Situación de Riesgo de Drogadicción, Decreto No. 26-96 reformado por el Decreto No. 31-97;
- g. Ley Contra el Lavado de Dinero u otros Activos, Decreto No. 67-2001;
- h. Ley Contra la Delincuencia Organizada, Decreto No. 21-2006;
- i. Ley de Armas y Municiones y sus reformas, Decreto No. 74–90 de 1991;
- j. Ley de Educación Nacional, Decreto No. 12-91;
- k. Ley de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia, Decreto No. 27-2003;
- l. Ley del Organismo Ejecutivo, Decreto No. 114-97;
- m. Ley del Organismo Judicial, Decreto No. 2-89 y sus reformas;
- n. Ley para prevenir y reprimir el financiamiento del terrorismo Decreto 58-2005;
- o. Disposiciones Normativas para el Control, Expendio y Consumo de Licores y Bebidas Embriagantes, Fermentadas o Destiladas, Acuerdo Gubernativo No. 148-2002; y,

- p. Acuerdo Gubernativo No. 143-94, que da vida a la Secretaria Ejecutiva de la Comisión Contra las Adicciones y el Tráfico Ilícito de Drogas -SECCATID-.

Por su parte, la **Reducción de la Demanda** se encuentra codificada en específico en algunos de los documentos legales mencionados anteriormente, de los cuales destacan las siguientes disposiciones:

#### **1.2.2.1 Constitución Política de la República de Guatemala, 1985**

Artículo 2: Es deber del Estado garantizarle a los habitantes de la República la vida, la libertad, la justicia, la seguridad, la paz y el desarrollo integral de la persona.

Artículo 56: Se declara de interés social, las acciones contra el alcoholismo, la drogadicción y otras causas de desintegración familiar. El Estado deberá tomar las medidas de prevención, tratamiento y rehabilitación adecuadas para hacer efectivas dichas acciones, por el bienestar del individuo, la familia y la sociedad.

#### **1.2.2.2 Código de Salud, Decreto No. 90-97**

Artículo 1: Todos los habitantes de la República tienen derecho a la prevención, promoción, recuperación y rehabilitación de su salud, sin discriminación alguna.

Artículo 38: Las acciones de promoción y prevención, estarán dirigidas a interrumpir la cadena epidemiológica de las enfermedades tanto a nivel del ambiente como de la protección, diagnóstico y tratamientos precoces de la población susceptible.

a) Las acciones de promoción de la salud estarán dirigidas a mantener y mejorar el nivel de la salud, mediante la adopción de estilos de vida sanos con énfasis en el cuidado personal, ejercicio físico, alimentación y nutrición adecuadas, la preservación de ambientes saludables y evitar el uso de sustancias nocivas para la salud. El Ministerio de Salud en coordinación con las instituciones del sector, deberá establecer los mecanismos necesarios para que la sociedad en su conjunto, los Individuos, las familias y las comunidades participen activamente.

Artículo 47: Se promoverán programas para informar sobre los riesgos del consumo de sustancias dañinas para la salud especialmente aquellas que producen adicción.

Artículo 164: c) Estupefacientes y psicotrópicos: Son sustancias que afectan la salud orgánica y síquica, que pueden crear adicción y que son considerados como tales internacionalmente. El término estupefaciente puede aplicarse a sustancias que pertenecen a diferentes categorías farmacológicas (analgésicos, narcóticos, estimulantes del sistema nervioso central, alucinógenos, y otros).

Precusores Químicos: Sustancias que pueden utilizarse en la fabricación de estupefacientes y sicotrópicos o de sustancias de efectos similares que incorporen su estructura molecular al producto final de manera que resulten fundamentales para dichos procesos.

Artículo 181: Se permitirá el consumo personal de estupefacientes y sicotrópicos, solo cuando se realice con fines terapéuticos y bajo prescripción y vigilancia médica, la prescripción de los mismos deberá sujetarse a los reglamentos correspondientes. Su prescripción será restringida al profesional legalmente autorizado para el efecto.

### **1.2.2.3 Ley contra la Narcoactividad, Decreto No. 48-92 de octubre de 1992 y las modificaciones del Decreto No. 32-99 de agosto de 1999**

Artículo 5. Es deber del Estado procurar los recursos económicos necesarios a fin de asegurar el tratamiento de rehabilitación de los adictos y promover su readaptación social.

Artículo 6. Las personas jurídicas colectivas de carácter social, informativo, cultural, recreativo, deportivo, religioso y de cualquier otra naturaleza, colaborarán con los programas contra el uso de drogas. Toda persona colaborará con la prevención de los delitos a que se refiere esta ley y el consumo ilícito de drogas.

Artículo 7. Es deber del Estado, por medio de sus órganos competentes, propiciar la cooperación internacional, técnica y económica, para fortalecer, así como coordinar estrategias entre estados y programas de investigación, prevención, sanción y rehabilitación en materia de drogas, estupefacientes y psicotrópicas, así como concertar tratados, convenios y acuerdos para mejorar la eficacia de esta cooperación y coordinación.

Artículo 25. Los tribunales competentes al conocer de los delitos a que se refiere esta Ley, podrán imponer las siguientes medidas de seguridad: a) Internamiento especial. Que consistirá en el internamiento del inimputable en un lugar adecuado para cuidar de su persona y procurar su curación. Cuando el Juez lo considera aconsejable, podrá establecer el tratamiento ambulatorio, fijándose las obligaciones terapéuticas del sometido a la medida, bajo control del tribunal.

Artículo 70. Se crea la COMISION CONTRA LAS ADICCIONES Y EL TRAFICO ILICITO DE DROGAS, adscrita a la vicepresidencia de la república, con plena capacidad para recibir recursos a cualquier título y realizar todos los actos que aseguren el cumplimiento de sus fines.

#### **1.2.2.4 Ley de Protección al Menor en Situación de Riesgo de Drogadicción, Decreto No. 26-96 reformado por el Decreto No. 31-97**

Artículo 2: La Comisión Nacional Tutelar del Menor en Riesgo de Drogadicción y Rehabilitación del Niño, Niña y Adolescente Drogadicto.

Las funciones de la Comisión serán promover y adoptar medidas especiales de prevención y rehabilitación para los menores en riesgo de drogadicción.

#### **1.2.2.5 Ley de Educación Nacional, Decreto No. 12-91**

Artículo 2. Los fines de la Educación en Guatemala son los siguientes:

- a) Proporcionar una educación basada en principios humanos, científicos, técnicos, culturales y espirituales, que formen integralmente al educando, lo preparen para el trabajo, la convivencia social y le permitan el acceso a otros niveles de vida.
- b) Cultivar y fomentar las cualidades físicas, intelectuales, morales, espirituales y cívicas de la población, basadas en su proceso histórico y en los valores de respeto a la naturaleza y a la persona humana.

#### **1.2.2.6 Ley de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia, Decreto No. 27-2003**

Artículo 52. Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a ser protegidos contra el consumo, uso, y abuso de sustancias que produzcan dependencia, para lo cual el Estado creará y apoyará las condiciones apropiadas para los programas correspondientes.

Artículo 78. Es obligación de los padres, tutores o personas responsables de niños, niñas y adolescentes para garantizarle el goce de sus derechos:

- e) Recibir tratamiento especializado para superar las adicciones y conductas agresivas que presenten.

Artículo 112. Los juzgados de la Niñez y la Adolescencia podrán determinar, entre otras, las siguientes medidas:

- e) Ordenar tratamiento médico, psicológico o psiquiátrico, en régimen de internamiento en hospital o tratamiento ambulatorio.
- f) Ordenar a los padres, tutores o responsables, su inclusión en programas oficiales o comunitarios de auxilio, que impliquen orientación, tratamiento y rehabilitación a cualquier desviación de conducta, problemas de alcoholismo o drogadicción.

### **1.2.3 Instituciones responsables en la reducción de la demanda de drogas en Guatemala**

Conforme a la legislación y compromisos nacionales e internacionales, existen varias instituciones en Guatemala responsables en la Reducción de la Demanda. Sin embargo, existe una Comisión que rige y coordina a todas las instituciones que se involucran con la materia, la cual se denomina **Comisión Contra las Adicciones y el Tráfico Ilícito de Drogas –CCATID-**.

#### **1.2.3.1 Comisión contra las Adicciones y el Tráfico Ilícito de Drogas –CCATID-**

La CCATID fue creada en 1992 a través del artículo 70 de la Ley Contra la Narcoactividad, Decreto Número 48-92. Específicamente, en el Artículo 71 de dicha Ley se establece que la CCATID tiene la facultad para estudiar y decidir las políticas nacionales para la prevención y tratamientos de las adicciones y además para la prevención de las acciones ilícitas vinculadas con el tráfico de drogas en todas sus formas y actividades conexas.

Asimismo, el Artículo 72 de la mencionada Ley le delega a la CCATID atribuciones de las cuales sobresalen las siguientes:

- Planificar, diseñar y coordinar la ejecución de políticas y estrategias de prevención y tratamiento de las adicciones y alcoholismo.
- Tomar decisiones, formular recomendaciones y elaborar planes de control y previsión que deben cumplirse a nivel administrativo y ejecutarse por las diferentes policías del país y demás fuerzas de seguridad, para prevenir y perseguir cualquier actividad ilícita relacionada con el tráfico ilícito de drogas en cualquiera de sus formas y actividades conexas.
- Coordinar las campañas y acciones que cada ministerio y entidad que forman la comisión debe ejecutar en el ámbito de su Competencia.
- Dar seguimiento a los acuerdos firmados por Guatemala en la materia.
- Mantener contactos con los gobiernos extranjeros y entidades internacionales y adelantar gestiones para coordinar la acción nacional con la de otros estados y obtener la asistencia que fuera del caso.

En cuanto a la composición institucional de la CCATID, el artículo 73 de la Ley Contra la Narcoactividad establece que la integran:

- a. El Vicepresidente de la República quien lo Presidirá.
- b. El Ministro de Gobernación, quien actuará como Vicepresidente de la comisión.
- c. El Ministro de la Defensa Nacional.
- d. El Ministro de Salud Pública y Asistencia Social.
- e. EL Ministro de Educación.
- f. El Ministro de Agricultura, Ganadería y Alimentación.

- g. El Ministro de Relaciones Exteriores.
- h. El Ministro de Comunicaciones, Transporte y Obras Públicas.
- i. El Jefe del Ministerio Público.

Debido a la necesidad de hacer efectivas las decisiones de la CCATID, en 1994, en el Acuerdo Gubernativo No. 143-94, se crea la **Secretaría Ejecutiva de la Comisión contra las Adicciones y el Tráfico Ilícito de Drogas -SECCATID-**, como órgano encargado de coordinar la ejecución de las políticas, programas y proyectos nacionales en materia de investigación, prevención, tratamiento, rehabilitación de las adicciones y la prevención integral de las acciones ilícitas del tráfico de drogas.

Además, recientemente se creó el Reglamento de la CCATID, con el Acuerdo Gubernativo 95-2012, en el cual se oficializa la estructura organizacional y a continuación se describen las principales Direcciones que la integran:

- **Dirección de Prevención:** Encargada de ejecutar las políticas de prevención, mediante la planificación, diseño, organización, dirección, ejecución y evaluación de los programas y proyectos de prevención y las acciones orientadas a la prevención de la demanda indebida de drogas y delitos conexos, para ello debe realizar la coordinación interinstitucional gubernamental y no gubernamental vinculadas al campo de acción de la CCATID.
- **Dirección de Tratamiento, Rehabilitación y Reinserción:** Esta dependencia tiene la facultad de ejecutar las políticas nacionales de tratamiento y rehabilitación de personas adictas a drogas y a otras sustancias adictivas y para ello, planifica, diseña, organiza, dirige, ejecuta y evalúa los programas y proyectos sobre esta materia y realiza la coordinación interinstitucional gubernamental y no gubernamental vinculadas al campo de acción de la CCATID.

En este aspecto es importante destacar que la SECCATID cuenta con el Centro de Tratamiento Ambulatorio -CTA-, para personas dependientes de las drogas incluidas las familias, ayudándolas a lograr la abstinencia y sobriedad a través de varios programas y actividades.

- **Dirección del Observatorio Nacional sobre Drogas –OND-:** Dirección que tiene como tarea principal centralizar y administrar la información estratégica nacional e internacional apropiada sobre drogas y otras sustancias adictivas; apoyando la planificación, diseño, ejecución, seguimiento y evaluación de las políticas nacionales contra la narcoactividad. En específico debe registrar estadísticas sobre: instituciones públicas y privadas que en Guatemala se dedican a la prevención y/o tratamiento de las adicciones a drogas y otras sustancias adictivas; personas detenidas y de bienes lícitos e ilícitos incautados o decomisados, por delitos de

narcoactividad; causas penales por delitos de narcoactividad; otros relacionados con la materia.

Así también, el OND es el órgano de enlace con: el Observatorio de Drogas de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas –CICAD- de la OEA; el Observatorio Europeo sobre Drogas y Toxicomanías; la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes de la ONU, y demás instituciones análogas regionales e internacionales.

Por otro lado, de acuerdo al Artículo 76 de la Ley contra la Narcoactividad, las entidades y dependencias del Estado podrán colaborar con la Comisión en lo que se les requiera; por lo tanto, a continuación se presentan las principales instituciones que colaboran con la CCATID en materia de Reducción de la Demanda de Drogas, en especial aquéllas que orientan sus acciones de prevención y tratamiento de las adicciones bajo las directrices de las políticas y estrategias emanadas de la Comisión.

Cabe resaltar que cada institución trabaja en función de la responsabilidad compartida y de acuerdo a sus competencias y a sus propios recursos. Es decir, que el financiamiento para diseñar y ejecutar los programas y proyectos, proviene principalmente del Presupuesto General de Ingresos del Estado en donde se le asignan los recursos necesarios a cada institución y también existe un financiamiento que proviene de la cooperación internacional (SECCATID, 2009a).

### **1.2.3.2 Ministerio de Educación -MINEDUC-**

El Ministerio de Educación en materia de Reducción de la Demanda de Drogas centra sus funciones en la prevención del consumo de drogas, respaldado jurídicamente de la Constitución Política de la República; de la Ley de Educación Nacional, Decreto No. 12-91; de la Ley de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia, Decreto No. 27-2003; y de la Ley de Protección al Menor en Situación de Riesgo de Drogadicción, Decreto No. 26-96 reformado por el Decreto No. 31-97 y del Reglamento Orgánico Interno del Ministerio de Educación, Acuerdo Gubernativo No. 377-2007.

En específico, la dependencia encargada de diseñar y ejecutar la prevención del consumo de drogas es la **Dirección General de Gestión de Calidad Educativa – DIGECADE-**, a través de la Subdirección de Programas y Proyectos.

Conforme al Reglamento Interno de la DIGECADE, Acuerdo Ministerial No. 2484, en el Artículo 1 se establece que esta Dirección está a cargo de la función sustantiva que consiste en velar por la implementación del Currículum Nacional Base, en cada uno de los niveles, modalidades, programas y proyectos de los subsistemas escolar. Y su objetivo principal establecido en el Artículo 2 es establecer, normar y monitorear las intervenciones

para el mejoramiento de la entrega educativa, orientadas a alcanzar la calidad educativa en el país.

De tal manera que, la **Subdirección de Programas y Proyectos** según el Artículo 12 de dicho Reglamento, es la responsable de coordinar la entrega de la colaboración inter e intra-institucional en el ámbito de la calidad educativa en los subsistemas escolar y extraescolar; promoviendo programas y proyectos de educación: estética, en valores, sexual, especial, formación para la vida saludable y en la comunidad.

Por lo tanto, el MINEDUC a través del Currículum Nacional Base introduce la estrategia de prevención de drogas, impulsado por la Subdirección de Programas y Proyectos de la DIGECADE (T. Miranda, entrevista, 18 de septiembre de 2012). Además, la DIGECADE coordina ciertas actividades con la Dirección General de Educación Física -DIGEF- del Ministerio de Educación.

### **1.2.3.3 Ministerio de Gobernación**

Respecto al Ministerio de Gobernación, la institución encargada de la prevención del consumo de drogas es la Dirección General de la Policía Nacional Civil -PNC-. La cual de acuerdo a la Ley de la PNC, Decreto 11-97 en el Artículo 9 estipula que esta institución está encargada de proteger la vida, la integridad física, la seguridad de las personas y sus bienes, el libre ejercicio de los derechos y libertades, así como prevenir, investigar y combatir el delito preservando el orden y la seguridad pública.

Por esta razón, el Acuerdo Gubernativo No. 153-2012, que reforma el Reglamento sobre la Organización de la PNC del Acuerdo Gubernativo No. 97-2009, dispone que la Subdirección General de Prevención del Delito de la Policía Nacional Civil, dentro de sus funciones de acuerdo al Artículo 52 debe desarrollar, coordinar y ejecutar programas de educación preventiva con la niñez y adolescencia, a través del Departamento Especializado en Niñez y Adolescencia.

En consecuencia, es el Departamento Especializado en Niñez y Adolescencia el encargado de implementar los programas y proyectos en relación a la prevención de drogas en los niños y adolescentes, fundamentalmente en coordinación con la SECCATID, la Sección de Asuntos Narcóticos -NAS- de la Embajada de Estados Unidos en Guatemala y el Ministerio de Educación (Oficial C. Quiñónez, entrevista, 14 de septiembre de 2012).



#### **1.2.3.4 Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social –MSPAS-**

La responsabilidad que tiene el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social - MSPAS-, en la Reducción de la Demanda de Drogas en Guatemala, básicamente se fundamenta jurídicamente en la Constitución Política de la República, en el Código de Salud, Decreto No. 90-97 y en el Reglamento Orgánico Interno del Ministerio de Salud Pública y Asistencial Social, Acuerdo Gubernativo No. 115-99.

En dicho Reglamento, en el Artículo 29 se le confiere a la Dirección General de Regulación, Vigilancia y Control de la Salud –DGRVCS-, la facultad de elaborar las normas técnicas para la vigilancia, control, supervisión y evaluación de los programas relacionados con la atención a las personas, además debe dictar los lineamientos para el registro, acreditación y autorización de los servicios de salud; así como la aplicación de sanciones por la comisión de infracciones sanitarias.

Esencialmente, en materia de tratamiento y rehabilitación, esta Dirección realiza sus funciones mediante los esfuerzos del Departamento de Regulación, Acreditación y Control de Establecimientos de Salud –DACRES-, que conforme al Artículo 33 del Reglamento mencionado anteriormente, debe establecer las normas de acreditación y registro y autorizar el funcionamiento de hospitales, laboratorios clínicos, laboratorios de anatomía patológica, bancos de sangre; centros de rehabilitación y otros establecimientos públicos y privados en el ámbito nacional. En base a tal facultad, el DACRES es el encargado de vigilar el cumplimiento del Reglamento de Normas Mínimas para Centros de Atención de Personas con Problemas Derivados del Consumo de Sustancias Adictivas, aprobado por el Acuerdo Ministerial SP-M- 1151-2006.

Conforme al Reglamento, fundamentalmente el DACRES tiene la función de vigilar, monitorear y evaluar que los establecimientos acreditados y autorizados sean centros de carácter público, privado o no gubernamental, que estén orientados a la atención de personas con problemas derivados del consumo de sustancias adictivas, y que dentro de sus actividades ofrezcan servicios de prevención, diagnóstico, tratamiento, recuperación y/o rehabilitación de la salud y reinserción social y laboral de acuerdo a los modelos de atención establecidos por el MSPAS. Además, el Reglamento establece las categorías de los centros de atención integral, a saber: Internamiento (Hospitales especializados tipo “I” y tipo “II”, Casas Hogar, Comunidad Terapéutica Residencial) y Ambulatorio (Clínica especializada, Programa Ambulatorio y Centro de Día). En cada caso se deben cumplir con los Requisitos para el Registro, Traslado, Renovación de Centros de Atención Integral a Personas con Adicciones -CAIPA- (CICAD, 2004).

Para ilustrar de mejor forma todo lo anterior, en la parte de los Anexos se presenta una matriz que incluye a las instituciones indicadas en este apartado, en la cual se describe las principales características de las mismas.

## CAPÍTULO II

### **Principios, objetivos, estrategias, líneas de acción, competencias, roles y resultados de las políticas de reducción de la demanda de drogas en Guatemala durante los últimos diez años**

---

En Guatemala desde hace ya varios años se han planteado diferentes acciones en contra de las adicciones y la narcoactividad, que van desde legislaciones y sanciones propias de la materia, hasta el fortalecimiento de las instituciones y el desarrollo de la cooperación bilateral y multilateral.

El Consejo Nacional de Prevención del Alcoholismo y Drogadicción (CONAPAD) fue una entidad académica y multisectorial, que planteó en 1994 el Plan Maestro para prevención y control de abuso de sustancias adictivas (SECCATID, 2009a).

Sin embargo, dichas acciones no fueron sistemáticas ni coordinadas. Por ello, a partir de 1996, la CCATID diseñó políticas y estrategias nacionales que fueron delegadas a la SECCATID. Por su parte, la SECCATID empieza a coordinarse con instancias del gobierno, distintas ONG y el sector privado para elaborar el Plan Nacional Antidrogas 1999-2003. (SECCATID, 2009a).

#### **2.1 Plan Nacional Antidrogas 1999-2003**

##### **2.1.1 Descripción general**

El Plan Nacional Antidrogas consistió en una Estrategia Nacional contra el problema de las drogas, enfocada en tres áreas que comprendía la Reducción de la Demanda (prevención y rehabilitación), la Reducción de la Oferta (control del narcotráfico, fiscalización de químicos y desvío de precursores, lavado de activos, desarrollo alternativo y desarrollo jurídico) y la Investigación y Diagnóstico.

La intención era que este Plan Nacional constituyera “una estrategia política y de gestión financiera, así como un instrumento de información” (CCATID, 1999, p. 6). Presentó una secuencia lógica en la cual enunciaba las políticas que determinaban las líneas de acción, las cuales dirigían el diseño de los objetivos y estrategias para que finalmente se consolidaran en proyectos que fueron evaluados por la Comisión de Seguimiento y Monitoreo de los Proyectos establecida en el Plan Nacional.

Asimismo, el objetivo principal que establecía el Plan Nacional era: “Establecer una red de coordinación e información sostenible, que involucrara a todas las instancias de gobierno, iniciativa privada, organizaciones no gubernamentales, organismos nacionales e internacionales, de cooperación nacional e internacional, para focalizar y canalizar

apropiadamente los recursos disponibles encaminados a la prevención, rehabilitación y control de las adicciones a drogas lícitas e ilícitas y el tráfico en el país y así lograr disminuir significativamente los índices de producción, transporte y consumo de sustancias psicotrópicas en Guatemala” (CCATID, 1999, p. 7).

Específicamente en el área de Reducción de la Demanda, el Plan Nacional (CCATID, 1999) se orientó de acuerdo a las políticas de prevención y tratamiento aprobadas por la CCATID en 1996, a saber:

- **Prevención:** fortalecimiento de la prevención y abuso de sustancias adictivas en los distintos niveles de educación formal y en la comunidad; fortalecimiento de las instituciones públicas ejecutoras de acciones preventivas del uso y abuso de sustancias adictivas; y, apoyo y fortalecimiento de las acciones institucionales no gubernamentales que desarrollan programas de prevención.
- **Rehabilitación:** fortalecimiento de los programas de rehabilitación por el uso y abuso de sustancias adictivas en las instituciones de asistencia social y en la población en general; fortalecimiento de las instituciones públicas ejecutoras de rehabilitación por el uso y abuso de sustancias adictivas; y, fortalecimiento de las acciones en materia de rehabilitación desarrolladas por instituciones no gubernamentales.

Por otro lado, durante la vigencia del Plan Nacional las funciones del Observatorio Guatemalteco sobre Drogas -OGD-, dependencia de la SECCATID, las realizaba la Oficina de Informática de dicha Secretaría, además estaba pendiente la aprobación del Reglamento del OGD y del Centro de Documentación, Información y Estadísticas –CEDIS- que brindaba información sobre el tema de las drogas; sin embargo, se implementó mecanismos para evaluar la eficacia de su capacidad de recolección de datos (CICAD, 2004).

Es importante hacer énfasis en que las fuentes de financiamiento del Plan Nacional Antidrogas 1999-2003, provenían del gobierno central y del presupuesto de las entidades públicas relacionadas con el tema de las drogas. De tal forma, para la Reducción de la Demanda se asignó el presupuesto de US\$163.872,75 en el año 2000, de US\$159.382 en el año 2001 y de US\$257.608,00 en el año 2002; concretamente el presupuesto propuesto para tratamiento y rehabilitación en el año 2000 fue de US\$58.721,37, en el año 2001 de US\$57.364,00 y en el año 2002 US\$79.401,00 (CICAD, 2002). En consecuencia, los resultados de este Plan Nacional se exponen en el siguiente apartado.

## 2.1.2 Principales esfuerzos y resultados

### 2.1.2.1 Prevención

Los principales resultados sobre prevención del Plan Nacional Antidrogas 1999-2003, que proporcionó la SECCATID a la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas –CICAD- (2002), durante los años evaluados por dicha Comisión fueron los siguientes:

- Sistema de Programas de Prevención para 849.838 niños de enseñanza preescolar, primaria y secundaria; para presos y para personas en el lugar de trabajo (6 empresas del sector privado); sin abarcar la población de mujeres y la de indígenas.
- Participación de 1.053 niños abandonados y de la calle en programas esporádicos, regionales, de base comunitaria.
- La cobertura aumentó a 7.239 personas dedicadas a la prevención, tales como padres, dirigentes juveniles y comunitarios.
- Se impartieron cursillos de actualización, cursos de nivel universitario y programas de estudios regionales e internacionales en los campos de prevención e investigación sobre uso indebido de drogas.

Los resultados alcanzados por el Plan Nacional en 2003, año en que terminó la vigencia del mismo, fueron también expuestos por la CICAD (2004) en la Evaluación del Progreso del Control de Drogas 2003-2004, los cuales se ilustran a continuación:

- El Sistema Nacional de Programas de Prevención abarcó las poblaciones: escolares de primaria (38.900), secundaria (20.000) y nivel universitario (165.000), líderes juveniles (2.800), con un enfoque de educación preventiva integral a niños de la calle, programas comunitarios para adultos, líderes comunitarios, padres y madres de familia (9.700) y mujeres (50).
- Programas en lugares de trabajo dirigidos al sector público y privado, (1.000 trabajadores).
- Programas en población general (2.000.000) realizados a través de spots de televisión, radio, vallas publicitarias, distribución de volantes, separadores de libros, playeras, gorras, etc.
- Se atendieron a grupos de riesgo como migrantes (niños, adolescentes, jóvenes y adultos en su mayoría campesinos, provenientes del interior de la república y algunos provenientes de otros países que llegan a la ciudad en busca de educación y oportunidades de trabajo).
- Programas en Educación Preventiva Integral –EPI- para niños, jóvenes y mujeres mayas, pero no se registraron datos de la población atendida.
- Tampoco hubo programas dirigidos a presos y niños trabajadores.

Asimismo, se impartieron capacitaciones especializadas a través de cursos cortos de actualización del Programa Nacional de Educación Preventiva Integral –PRONEPI-, dirigida a maestros, oficiales del Estado Mayor de la Defensa, y trabajadores del sector público y privado. Además, en la Universidad Francisco Marroquín –UFM-, se impartió un Diplomado en Patronato Pro-Rehabilitación del Adicto. Logrando capacitar solamente a 10,417 personas, por lo que no se alcanzó satisfacer las necesidades de capacitación profesional.

Por último, durante el 2003, la SECCATID realizó una evaluación del PRONEPI, resultando que a través del desarrollo de 120 actividades se proporcionó el Manual de Educación Preventiva Integral, abarcando a 23.299 estudiantes, 1.829 maestros y 2.074 padres y madres de familia. Sin embargo, el Plan Nacional no logró poner en marcha un sistema formal de evaluación para programas de prevención (CICAD, 2003).

### **2.1.2.2 Tratamiento**

La Evaluación del Progreso del Control de Drogas 2001-2002 CICAD, expuso que los resultados respecto al Sistema de Tratamiento del Plan Nacional Antridrogas, se basaron básicamente a que desde julio de 2001 se inició la implementación del programa de Normas Mínimas de Atención, las cuales deben ser cumplidas de forma obligatoria por los centros de tratamiento y rehabilitación registrados y acreditados por el Ministerio de Salud Pública.

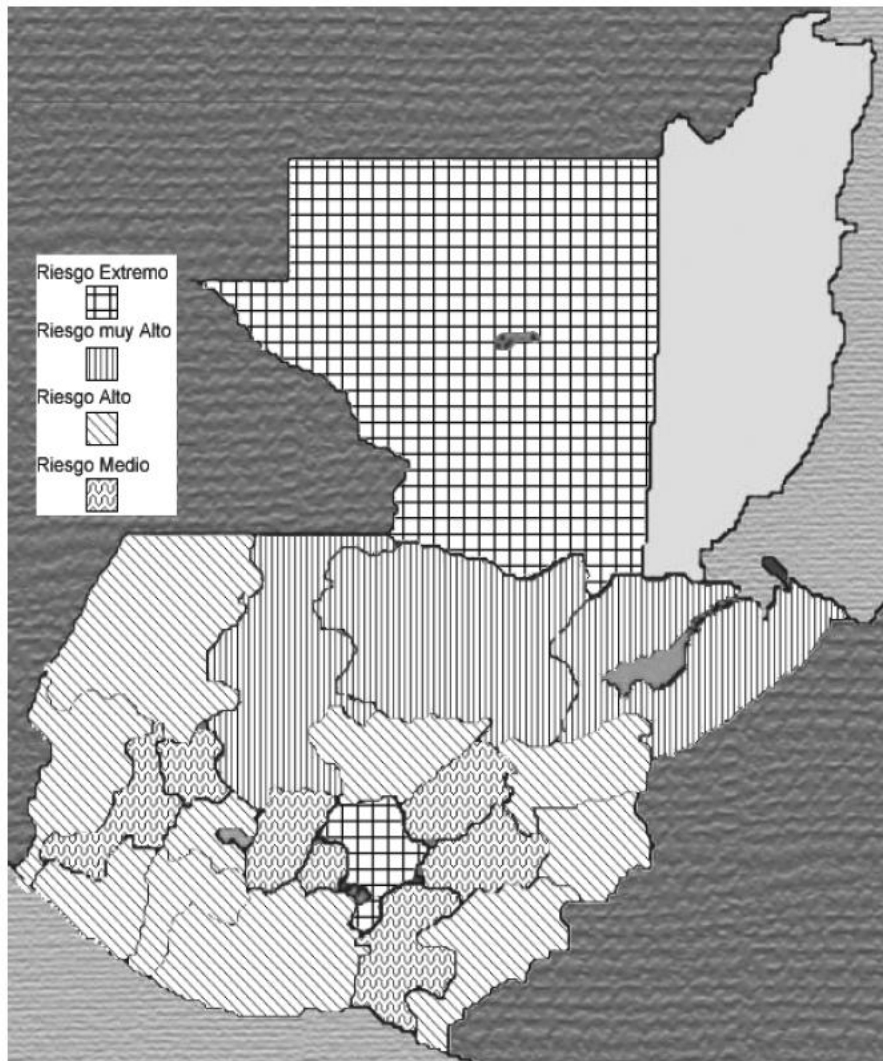
Además, se contaba ya con un centro de tratamiento estatal de tipo ambulatorio; es decir, el Centro de Tratamiento Integral de la SECCATID y existían programas de auto ayuda, por ejemplo: Narcómanos Anónimos, Al-Anon y Co-Dependientes Anónimos; sin embargo no existía un registro nacional de los pacientes tratados en dichos centros, ya que tampoco se realizaron estudios para evaluar los centros de tratamientos y rehabilitación a fin de comprobar su verdadera eficacia (CICAD, 2002).

### **2.1.2.3 Estadísticas de consumo**

En cuanto a las estadísticas de consumo durante la vigencia del Plan Nacional Antidrogas 1999-2003, de acuerdo al área de Investigación y Diagnóstico se realizaron varios estudios descritos a continuación.

En el año 2000, se realizó la **Investigación de Riesgos Macrosociales de Drogodependencia a Nivel Departamental**. Dicha investigación demostró que Petén y Guatemala tenían un riesgo extremo; Izabal, Alta Verapaz y Quiché, un riesgo muy alto; San Marcos, Sololá, Escuintla, Huehuetenango, Chiquimula, Baja Verapaz, Suchitepéquez, Zacapa, Retalhuleu y Jutiapa, un riesgo alto; y, el resto de los departamentos, un riesgo medio (SECCATID, 2009a), lo cual se presenta en el siguiente mapa.

### Ilustración 1 Mapa de Riesgo (Año 2002)



Fuente: SECCATID, 2009a, p. 12.

La SECCATID en el año 2002, utilizando la metodología del Sistema Interamericano de Datos Uniformes sobre el Consumo de Drogas (SIDUC), realizó una **Encuesta sobre Consumo de Drogas en Estudiantes de Enseñanza Media a Nivel Metropolitano en Establecimiento Públicos y Privados** (SECCATID, 2009a). La encuesta fue aplicada a 3,233 estudiantes de 12 a 18 años obteniendo los resultados demostrados en la siguiente tabla:

**Tabla 1 Prevalencia del consumo 2002 en estudiantes de 12 a 18 años del Área Metropolitana**

Tipo de Droga	Prevalencia de Vida		Prevalencia de Año (últimos 12 meses)		Prevalencia de Mes (últimos 30 días)	
	M	F	M	F	M	F
Alcohol	53,9	47,9	34,35	27,75	19,28	13,27
Tabaco	60,47	42,41	35,32	20,42	23,02	10,13
Solventes o inhalantes	3,76	1,35	0,94	0,53	0,63	0,47
Hachís	0,32	0,18	0,08	0,06	0,08	0,06
Marihuana	9,41	2,87	4,60	1,08	2,06	0,42
Alucinógenos	1,59	0,72	0,56	0,30	0,08	0,30
Morfina	0,96	0,66	0,56	0,18	0,24	0,18
Opio	0,56	0,06	0,24	0,06	0,16	0,06
Hcl Cocaína	3,30	1,20	1,40	0,60	0,60	0,30
Tranquilizantes	11,09	17,15	4,21	7,61	2,55	4,57
Estimulantes	5,47	5,06	2,55	2,13	1,31	1,78
MDMA (éxtasis)	1,83	1,38	0,64	0,36	0,08	0,48

Fuente: CICAD, 2004, p. 6.

Como se observa, los resultados de la encuesta revelaron que la marihuana era la droga ilícita más consumida, seguida por la cocaína y el éxtasis.

A través de esta encuesta la SECCATID estableció que las edades entre 13 a 15 años presentaban mayor riesgo para el consumo de drogas y además comparó los resultados con la Encuesta Nacional –DUSI- de 1998, destacando que entre los estudiantes de las escuelas públicas se había incrementado el consumo de marihuana en un 55%, de cocaína en un 40%, de estimulantes 230% en el uso de estimulantes y de tranquilizantes 380%.

De acuerdo a la CICAD en el año 2002, se observaba que en Guatemala sobresalía una nueva modalidad de consumo de drogas llamada primo; es decir, la marihuana mezclada con crack o cocaína. También se observaba el incremento en el uso de drogas sintéticas, como el éxtasis y el uso de basuco y primo habían aumentado en la población de bajos ingresos (2002).

La SECCATID en el año 2003, realizó investigaciones sobre prevalencia del abuso de drogas en poblaciones específicas, como la Encuesta a nivel nacional dirigida a estudiantes de 12 a 18 años de edad, reflejando “que, en promedio, la prevalencia del consumo de alcohol alguna vez en la vida fue del 49,9 %, del consumo de tabaco fue del 43%, de tranquilizantes del 12,7%, de estimulantes 6,9% y de marihuana, del 4,9%” (CICAD, 2004, p. 6).

**Tabla 2 Encuesta Nacional 2003 sobre prevalencia dirigida a estudiantes de 12 a 18 años**

Tipo de Droga	Prevalencia de Vida		Prevalencia de Año (últimos 12 meses)		Prevalencia de Mes (últimos 30 días)	
	M	F	M	F	M	F
Alcohol	53,68	46,12	39,89	32,25	31,81	24,74
Tabaco	50,8	35,96	32,71	17,68	22,67	9,07
Solventes o inhalantes	3,35	1,22	1,74	0,45	0,74	0,17
Hachís	0,74	0,04	0,52	0,00	0,31	0,00
Marihuana	7,87	1,98	3,95	1,04	2,05	0,41
Heroína	0,87	0,28	0,49	0,08	0,21	0,02
Morfina	0,65	0,21	0,28	0,04	0,12	0,04
Opio	0,31	0,06	0,18	0,02	0,09	0,00
Hcl Cocaína	3,69	1,26	2,23	0,54	0,93	0,21
Crack	1,52	0,37	0,9	0,13	0,37	0,08
Tranquilizantes	11,02	14,33	5,30	7,71	4,80	3,26
Estimulantes	6,57	7,29	3,2	3,78	2,13	2,44
MDMA (éxtasis)	1,05	0,32	0,8	0,15	0,37	0,08

Fuente: CICAD, 2004, p. 6.

De acuerdo a la tabla anterior, las drogas ilícitas más consumidas por la mayoría de los encuestados eran la marihuana, la cocaína, el crack y el éxtasis.

Por otro lado, la edad promedio del primer consumo de drogas resultó ser entre 13 y 14 años tal como se observa en la siguiente tabla.

**Tabla 3 Edad promedio de inicio de abuso de drogas**

Tipo de Droga	Prevalencia de Vida	
	M	F
Alcohol	13,56	13,36
Tabaco	13,05	13,15
Solventes o inhalantes	13,6	13,31
Marihuana	14,73	13,90
Hcl Cocaína	14,89	13,95
Crack	14,90	12,88
Tranquilizantes	13,43	13,16
Estimulantes	13,63	12,93

Fuente: CICAD, 2004, p. 7.



**Tabla 4 Percepción del riesgo Años, 2002, 2003 y 2004**

Tipo de Droga	SIDUC Metropolitano 2002		SIDUC Nacional Ciudad de Guatemala 2003		SIDUC Nacional Resto del País 2003	
	Grave		Grave		Grave	
Tabaco	Grave	39,7	Grave	45,4	Grave	46,1
Alcohol frecuentemente	Muy grave	50,2	Muy grave	59,5	Muy grave	59,6
Embriagarse	Muy grave	54,4	Muy grave	54,2	Muy grave	56,9
Tranquilizantes, estimulantes	Muy grave	50,2	Muy grave	56,6	Muy grave	52,2
Inhalantes y solventes	Muy grave	73,8	Muy grave	74,9	Muy grave	63,0
Marihuana	Muy grave	78,8	Muy grave	88,5	Muy grave	73,8
Cocaína	Muy grave	84,0	Muy grave	84,9	Muy grave	75,8
Éxtasis	Muy grave	-	Muy grave	79,7	Muy grave	70,6

Fuente: CICAD, 2004, p. 7.

Tal y como aparece en la Tabla No. 4, la percepción del riesgo que tienen los jóvenes en relación al consumo de drogas en Guatemala, es bastante grave, lo cual demuestra que cada día están más conscientes del daño y las graves consecuencias que produce el consumo de las drogas (CICAD, 2004).

De igual manera, en el año 2003 la SECCATID con apoyo del Ministerio de Educación, la Sección de Asuntos Narcóticos –NAS- de la Embajada de EEUU en Guatemala y las Universidades de Virginia y Pittsburg; realizó el **Estudio Nacional de Desregulación Psicológica y su Relación con el Consumo de drogas en Jóvenes Adolescentes Guatemaltecos**, la muestra fue de 8,500 adolescentes de 12 a 20 años, pertenecientes a escuelas públicas y privadas (SECCATID, 2012). Los resultados del Estudio fueron los siguientes:

- Jóvenes con altos niveles de desregulación tienen mayor riesgo de tener otros problemas conductuales, emocionales y sociales.
- Hubo un aumento considerable en el consumo de marihuana, tranquilizantes, estimulantes y cocaína entre los estudiantes en los últimos cuatro años, según un análisis comparativo.
- El consumo de alcohol y cigarrillos se siguen considerando como “puerta de entrada” para iniciarse en el uso de otras sustancias adictivas.
- Los esfuerzos preventivos primarios deben centrarse en el período anterior a los 11 años de edad y los esfuerzos secundarios de prevención no mucho después del mismo.

- Las diferencias de género encontradas, sugieren que la participación en maras podría ser un factor de riesgo más pronunciado de que los varones se vean expuestos a las drogas.
- Comparados con los niños escolares, los transgresores juveniles y niños en situación de calle, tanto hombres como mujeres, indicaron de niveles muy elevados de consumo de drogas, principalmente alcohol, cigarrillos, inhalantes, marihuana y cocaína.

En específico, a través de este estudio “Se constató que el 52% había bebido alcohol y 44% fumado cigarrillo una o más veces en su vida; 25% de las mujeres informó haber usado tranquilizantes y 10% estimulantes; en lo que respecta al consumo de otro tipo de drogas se tiene: marihuana un 4%, inhalables/cocaína 2%; éxtasis y crack 1%. Este estudio permitió conocer que la edad de inicio de consumo de drogas legales e ilegales es a partir de los 12.5 años” (SECCATID, 2009 en SESC, CONJUVE e INE, 2011, p. 90).

En relación a lo anterior, el estudio reveló además que “Entre los niños escolares guatemaltecos que indicaron haber usado drogas que producen dependencia, su primer uso de cigarrillos o inhalantes ocurrió en promedio entre las edades de 12.5 y 13.5 años. El uso de estimulantes, tranquilizantes y crack empezó un año más tarde, entre los 13.5 y los 14.5 años de edad. La edad media de inicio de consumo de la marihuana, la cocaína y el crack es a los 14.5 y los 15 años” (ODHAG, 2005, p. 99).

A pesar de la realización de estas investigaciones, el Plan Nacional Antidrogas no logró avanzar en el área de Investigación y Diagnóstico, en cuanto a la creación de mecanismos de recopilación de información respecto a la morbilidad por vía intravenosa con relación al consumo de drogas y de mecanismos necesarios para registrar información sobre la mortalidad, crímenes y accidentes de tránsito y en el trabajo con relación al consumo de drogas (CICAD, 2004).

## **2.2 Estrategia Nacional contra las Drogas 2004-2008**

### **2.2.1 Descripción general**

Al expirar la vigencia del Plan Nacional Antidrogas en 2003, la SECCATID formuló la Estrategia Nacional contra las Drogas con vigencia hasta el 2008 para ser “un instrumento que orientara, facilitara los lineamientos, determinara los proyectos y estableciera las prioridades en los aspectos de la reducción de la demanda y la reducción de la oferta en el país” (SECCATID, 2009a, p. 8).

La Estrategia Nacional abarcaba las áreas de Reducción de la Demanda, Reducción de la Oferta, Desarrollo Alternativo, Medidas de Control, Marco Institucional y Evaluación de Programas.

En otros aspectos, sobresale que el financiamiento de la Estrategia Nacional contra las Drogas 200 (-CICAD-, Evaluación del Progreso de Control de Drogas, Guatemala 2005-2006, 2006)4-2008, proveniente del gobierno central y de las instituciones públicas involucradas en la problemática de las drogas, fue insuficiente para cubrir las expectativas planteadas y no se establecieron los mecanismos de coordinación para la implementación de la Estrategia. Pese a ello, en la siguiente tabla se observa el presupuesto asignado para los años 2004, 2005 y 2006 en las áreas de Reducción de la Demanda y Reducción de la Oferta (CICAD, 2006).

**Tabla 5 Presupuesto por área de la Estrategia Nacional contra las Drogas Años 2004-2006**

Área	Presupuesto aprobado (US\$)			Presupuesto ejecutado(US\$)		
	2004	2005	2006	2004	2005	2006
Reducción de la demanda	516,817.37	429,562.46	434,135.97	408,099.35	426,494.41	396,657.19
Reducción de la oferta <sup>(1)</sup>	2,435,218.18	2,435,218.18	2,435,218.18	2,435,218.18	2,435,218.18	2,435,218.18

<sup>(1)</sup> El monto reflejado en el área de reducción de la oferta, únicamente incluye los salarios y prestaciones del personal de la Sección de Análisis e Información Antinarcótica (SAIA) de la Policía Nacional Civil, derivado de la explicación expuesta.

Fuente: CICAD, 2006, p. 4.

Como se observa, el presupuesto asignado y ejecutado para el área de Reducción de la Demanda es bastante inferior al del área de Reducción de la Oferta, que tan solo se refería a los salarios y prestaciones del personal de la SAIA y de la PNC. Asimismo, el presupuesto asignado para la Reducción de la Demanda para el 2007 fue de US\$371.401 y para el 2008 fue de US\$420.671 (CICAD, 2010).

Respecto al presupuesto asignado específicamente a la SECCATID, se hace anualmente y es independiente, proviene del gobierno central y de la cooperación internacional. La siguiente tabla expone las cifras asignadas y entregadas para los años 2004, 2005 y 2006 a esta entidad.

**Tabla 6 Presupuesto anual de CCATID Años 2004-2006**

Ejercicio fiscal	Presupuesto propuesto (US\$)	Presupuesto total recibido (US\$)
2004	679,585.32	429,562.46
2005	792,889.09	429,562.46
2006	434,135.97	422,858.70

Fuente: CICAD, 2006, p. 4.

En el año 2007 se le asignó a la SECCATID US\$371,401 y en el año 2008 US\$420,671. Particularmente, la SECCATID destinó en el año 2007 US\$75,316 y en el año 2008 US\$74,266 al presupuesto asignado para el Centro de Tratamiento Ambulatorio - CTA- (CICAD, 2010).

Con todo lo anterior, en el siguiente apartado se exponen los principales esfuerzos y resultados de la implementación de la Estrategia Nacional contra las Drogas 2004-2008 en el área de Reducción de la Demanda.

## 2.2.2 Principales esfuerzos y resultados

### 2.2.2.1 Prevención

En materia de prevención durante los años 2004, 2005 y 2006 se implementaron varios programas de prevención del consumo de drogas, los cuales se describen a continuación en la tabla siguiente:

**Tabla 7 Programas de prevención de drogas en Guatemala  
Años 2004, 2005 y 2006**

Población Objetivo	Cobertura/ N° de participantes	Tipo de programa
Preescolar: de 4 a 6 años	<ul style="list-style-type: none"> <li>1,966 alumnos</li> <li>16 centros educativos</li> <li>52 maestras involucradas</li> <li>Cobertura 2006: 0.18 %</li> </ul>	<b>Programa Segundo Paso:</b> El propósito es conocer y controlar sus emociones por medio de juegos que promueven la socialización, desarrollando la empatía, manejo de emociones y resolución de problemas.
Primaria: entre 11 y 12 años	<ul style="list-style-type: none"> <li>35,326 alumnos</li> <li>472 centros educativos</li> <li>Cubre 11 departamentos de los 22 que compone el país</li> <li>Cobertura: 5%</li> </ul>	<b>Programa DARE:</b> Se busca el propósito del desarrollo de habilidades y destrezas sociales que le permitan generar conductas responsables ante el consumo de drogas
	<ul style="list-style-type: none"> <li>0.27 %</li> </ul>	<b>Programa Aventura de la Vida</b> Favorecer modos de vida sanos y ofrecer al alumnado y al profesorado opciones, a la vez realistas y atractivas, en materia de salud.

Fuente: CICAD, 2006, p. 7.

Es importante mencionar que DARE por sus siglas en inglés, significa Programa para la Resistencia al Abuso de Drogas, en el cual están involucrados el Ministerio de Gobernación y el Ministerio de Educación, con auspicio de la Sección de Asuntos Narcóticos –NAS- de la Embajada de EEUU en Guatemala. Además, el programa PRONEPI, en el cual se capacitó a maestros, estudiantes y padres de familia continuaba funcionando; sin embargo, no se presentaron estadísticas sobre el mismo.

**Tabla 8 Actividades de prevención sobre drogas en Guatemala  
Años 2004, 2005 y 2006**

<b>Población Objetivo</b>	<b>N° de Participantes</b>	<b>Tipo de campaña</b>
Población en general	5,304,645	<b>Proyecto de Comunicación Social</b> El proyecto busca promover y divulgar mensajes de prevención del consumo de drogas, dirigidos a toda la población guatemalteca en general.
Niños trabajadores, mujeres privadas de libertad, jóvenes en conflicto con la ley y pacientes del seguro social	149 participantes	<b>Proyecto atención a demandas:</b> Atender a otros grupos de población no específicos

Fuente: CICAD, 2006, p. 7.

A pesar de los programas y las actividades ejecutados, durante los años 2004-2006, hizo falta programas de prevención dirigidos a poblaciones vulnerables tales como grupos indígenas, niños trabajadores y población carcelaria. Por otro lado, solamente se evaluaron los programas DARE y Segundo Paso (CICAD, 2006).

De acuerdo a CICAD (2006), respecto a la capacitación especializada sobre la prevención, el tratamiento y la investigación del abuso de drogas, la tabla que se muestra a continuación describe la variedad de cursos llevados a cabo durante los años 2004-2006. Cabe resaltar que en el país tres universidades incluían cursos sobre prevención y tratamiento del consumo de drogas en el pensum de las carreras de Medicina, Psicología, Trabajo Social, Enfermería y Salud.

**Tabla 9 Cursos de capacitación en prevención y tratamiento de drogas, Años 2004, 2005 y 2006**

Título de los cursos breves de actualización o de perfeccionamiento	Área del Curso	Destinatarios	Número de participantes		
			2004	2005	2006
Tabaquismo	Prevención Tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Psicólogos/as</li> <li>• Pedagogos/as</li> <li>• Doctores/as</li> <li>• Estudiantes</li> <li>• Administradores/as de empresas</li> </ul>	25	25	25
Formación de agentes multiplicadores en drogodependencia	Tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Profesionales</li> </ul>			4
Modelo de atención de comunidad terapéutica (pasantía en Colombia)	Tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Psicólogo</li> </ul>		1	
Curso básico drogodependencias Proyecto Hombre España	Tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Médico</li> </ul>			1
Modelos de atención y normas mínimas de tratamiento (7 talleres)	Tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personal de centros de atención</li> </ul>			99
Modelos de Atención (USA)	Tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Psicólogo</li> </ul>			1
Maestría en drogodependencias (Universidad de San Carlos de Guatemala)	Tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Profesionales de diferentes disciplinas</li> </ul>			13
Capacitación líderes comunitarios	Prevención	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Líderes mayas, ladinos, garífunas</li> </ul>		752	
Programa Nacional de Educación Preventiva Integral PRONEPI	Prevención	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Maestros</li> </ul>		15,974	
Capacitación sector laboral	Prevención	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Población trabajadora adulta del sector público y privado</li> </ul>		2,628	
Capacitación sistema penitenciario	Prevención	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reclusos en el sistema correccional</li> </ul>		490	

Fuente: CICAD, 2006, p. 8.

Posteriormente, durante el año 2007 y el primer semestre del 2008, de acuerdo a información de la CICAD (2009), se amplió la cobertura de atención a los programas de prevención orientados a la población escolar, los cuales presentaron los siguientes resultados:

**Tabla 10 Ampliación de cobertura Programa Segundo Paso y Programa DARE, Años 2007-2008**

Tipo de programa	Población objetivo	Población objetivo		Variación porcentual
		Número de participantes reportados en la Cuarta Ronda	Número de participantes reportados en el seguimiento a las recomendaciones	
Programa Segundo Paso	Preescolar de 4 a 6 años	1,966	3,336	70%
Programa DARE	Primaria 11 y 12 años	35,326	35,326	36%

Fuente: CICAD, 2009, p. 1.

Así también, en el período arriba indicado se amplió la cobertura del PRONEPI a nivel nacional logrando obtener 3,150 maestros capacitados; 1,589 maestros sensibilizados; 649 estudiantes capacitados; y, 10,887 estudiantes sensibilizados (CICAD, 2009).

Por último, de acuerdo a la Memoria de Labores de la SECCATID 2008-2009 (2009) durante todo el año 2008, fecha en que finalizaba la vigencia de la Estrategia Nacional contra las Drogas 2004-2008, se continuaron ejecutando otros proyectos como: **Zonas Fronterizas** dirigidos a grupos indígenas; **Jóvenes en Riesgo**; y **Comunicación Social**; además se continuaron implementando los siguientes programas y proyectos:

**Tabla 11 Programa Haz Deporte y Viven Sin Drogas y Proyecto Fortalecimiento de Organizaciones Gubernamentales y no Gubernamentales, Año 2008**

Programa	Descripción	Coordinación Interinstitucional	2008	
			Beneficiados	Cobertura
<b>Programa Haz Deporte y Vive sin Drogas</b>	Maestros, estudiantes de la carrera de Educación Física	Dirección General de Educación Física -DIGEF-, MINEDUC	1,580 maestros 2,688 estudiantes 5,600 miembros de la localidad 120 líderes juveniles comunitarios 6 fiestas de Educación Física 20,000 materiales publicitarios	21 Departamentos (No se abarcó el Departamento de Izabal)
<b>Proyecto Fortalecimiento de Organizaciones Gubernamentales y no Gubernamentales</b>	Sector laboral, de seguridad, y salud de organizaciones gubernamentales y no gubernamentales	Organizaciones gubernamentales y no gubernamentales Fuerzas de seguridad Empresas privadas	Grupos especiales: 42 jóvenes 18 trabajadores sexuales hombres 24 niñas y niños en situación de riesgo	Guatemala San Marcos Jutiapa Quiché Alta Verapaz

Fuente: Elaboración propia con datos extraídos de SECCATID, 2009 pp. 12 y 16.

Sin embargo, no se implementaron programas o proyectos para personas privadas de su libertad ni para la población en situación de calle (CICAD, 2010). Es importante hacer énfasis en que ninguno de estos programas de prevención fue evaluado debido a la falta de recursos.

Las actividades de prevención llevadas a cabo en el año 2008 fueron: Carrera contra las Drogas, con la participación de más de 2,000 personas; Estrategia de Formación e Información, a través de conferencias para alumnos graduandos de centro educativos privados y públicos; y Estrategia de información directa en hoteles, hosterías y restaurantes, mediante la distribución de materiales educativos e informativos para dichos lugares (SECCATID, 2009b).

### **2.2.2.2 Tratamiento**

En el campo sobre el tratamiento del consumo de drogas, la Estrategia Nacional se en el año 2004 centró en establecer la normativa para los Centros de Atención Integral a Personas con Adicciones –CAIPA- (SECCATID, 2009a):

- Requisitos para el Registro, Traslado y Renovación de Centros de Atención para Pacientes con Adicciones;
- Guías para la Habilitación de Centros de Atención Integral a Personas con Adicciones;
- Guía Para Internamiento; y,
- Guía para Programa Ambulatorio.

De acuerdo a la CICAD (2004), en septiembre de ese mismo año, la SECCATID junto con el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social -MSPAS-, elaboraron el Diagnóstico Situacional de los CAIPA, identificando en el municipio de Guatemala 75 centros entre públicos y privados, enfocados a poblaciones de menores de edad, jóvenes y adultos de ambos sexos, distribuidos así: 1 hospital, 4 sanatorios, 2 comunidades terapéuticas, 1 centro de tratamiento ambulatorio, 49 casas hogares, 6 centros para niños, 1 centro de detención juvenil, 11 instituciones de apoyo y un Centro de Información y Asesoría Toxicológica.

Para el año 2006, la SECCATID informó a la CICAD (2006) que a nivel nacional el país contaba con dos programas públicos para pacientes ambulatorios y 10 programas privados, ambos dirigidos a las poblaciones adultas y menores de edad de ambos sexos. Así mismo, existían 80 programas para pacientes internados, de los cuales 67 estaban dirigidos a hombres y 13 a mujeres; de éstos también tres estaban dirigidos para menores de ambos sexos.



**Tabla 12 Servicios de tratamiento por consumo de drogas años 2004, 2005 y 2006**

<b>Servicios</b>	<b>Públicos</b>	<b>Privados</b>
Red para detección temprana, capacitación de pacientes y derivación de caso	2	90
Desintoxicación	0	5
Tratamiento y rehabilitación	0	85
Reinserción Social	0	85
Grupos de Autoayuda	0	700
Intervenciones breves	0	5

Fuente: CICAD, 2006, p. 10.

En ese mismo año (2006), se aprobó el Reglamento de Normas Mínimas para Centros de Atención a Personas con Problemas Derivados del Consumo de Sustancias Adictivas, con el Acuerdo Ministerial SP-M-1152-2006.

Por otro lado, el Centro de Tratamiento Ambulatorio –CTA-, realizó actividades terapéuticas, individuales y grupales con los usuarios y actividades dirigidas a familiares y a la recuperación del drogodependiente. Y el CTA se constituyó en el Centro de Enlace con la Red Centroamericana de Instituciones de Tratamiento (SECCATID, 2009a).

De acuerdo a la Tabla No. 9, se llevaron a cabo cursos para mejorar las capacidades en tratamiento y rehabilitación durante los años 2004-2006, pero es evidente que fueron muy escasos y de poca cobertura. Por último, conforme la Memoria de Labores de la SECCATID en el año 2008, con apoyo de la Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito –ONUDD-, se realizaron tres talleres de capacitación del recurso humano de los CAIPA gubernamentales y no gubernamentales con la participación de 97 personas.

A pesar de que se logró aprobar varias normativas en relación al tratamiento de personas con abuso de drogas y se realizaron actividades y proyectos en la materia durante los años 2004-2008 que tuvo vigencia la Estrategia Nacional contra las Drogas; la calidad de la oferta nacional de tratamiento no fue evaluada y tampoco existieron registros de ningún tipo sobre los pacientes atendidos (SECCATID, 2009a).

### 2.2.2.3 Estadísticas de consumo

La Estrategia Nacional contra las Drogas 2004-2008, logró en 2005 llevar a cabo la **Primera Encuesta Nacional en Hogares sobre Salud, Consumo de Alcohol, Tabaco y Otras Sustancias Adictivas**, a nivel nacional aplicando la metodología SIDUC, publicada en 2007 con la participación de SECCATID, INE, NAS y CICAD.

La muestra fue de 4,899 casos válidos de 29 municipios del área urbana con una población mayor de 30,000 habitantes y 17 departamentos del país. Además, el 40.80% de la muestra fueron hombres y 59.20% mujeres (SECCATID, 2009a).

De acuerdo a la SECCATID (2009a) “La encuesta confirma que el alcohol es la droga lícita de mayor consumo seguida del tabaco. El consumo de drogas en general, es más elevado en el grupo de los hombres comprendidos en las edades de 19 a 25 años (17.90%); en el caso de las mujeres el grupo de mayor prevalencia es el comprendido entre 45 a 65 años (6.55%); aumentando las prevalencias en la medida que los entrevistados manifestaron tener más años de escolaridad” (p. 13).

Respecto a las drogas ilegales, el consumo demostró ser bastante bajo para la población en general; es decir, el 3.16%, el grupo de mayor consumo fue el del rango entre 14 y 24 años (SECCATID, 2009a).

**Tabla 13 Prevalencia del consumo de drogas en población general (12 a 65 años),  
Año 2005**

Tipo de droga	Alguna vez en la vida (porcentaje)			Últimos 12 meses (porcentaje)			Últimos 30 días (porcentaje)		
	M	F	Población total	M	F	Población total	M	F	Población total
Alcohol	67.75	43.82	53.37	35.18	16.00	23.66	19.04	6.35	11.40
Tabaco	56.53	17.35	32.98	25.20	4.91	13.00	19.50	3.68	9.99
Solventes o inhalantes	1.38	0.16	0.64	0.11	0	0.04	0.07	0	0.03
Tipos de Cannabis									
Hachís	0.32	0	0.13	0	0	0	0	0	0
Marihuana	6.08	0.62	2.79	0.29	0.03	0.13	0.15	0	0.06
Alucinógenos									
Otros tipos de Alucinógenos	0.32	0	0.13	0	0	0	0	0	0
Opiáceos									
Heroína	0.12	0	0.05	0.07	0	0	0	0	0
Morfina*	0.06	0	0.03	0	0	0	0	0	0
Opio	0.33	0	0.13	0.03	0	0	0	0	0
Tipos de cocaína									
Basuco, pasta de coca	0.55	0.07	0.26	0.19	0	0.08	0	0	0
Hcl de Cocaína	1.69	0.29	0.85	0.25	0.03	0.12	0.09	0	0.04
Crack	1.42	0.16	0.66	0	0	0	0	0	0
Tranquilizantes, sedantes y depresivos	8.61	8.41	8.49	2.75	3.18	3.01	1.15	1.79	1,54
Estimulantes	3.11	2.65	2.83	0.83	1.19	1.04	0.33	0.67	0.54
MDMA (éxtasis)	0.09	0	0.03	0	0	0	0	0	0
Cualquier droga ilícita	6.97	0.83	3.28	0.79	0.03	0.33	0.31	0.00	0.12

\* Sólomente cuando no sean recetados o no se apliquen a uso terapéutico

Fuente: CICAD, 2006, p. 12.

**Tabla 14 Incidencia del consumo de drogas en la población general (12 a 65 años), Año 2005**

Tipo de droga	Últimos 12 meses (porcentaje)			Últimos 30 días (porcentaje)		
	M	F	Población total	M	F	Población total
Alcohol	2.87	1.01	1.53	0	0.05	0.04
Tabaco	0.96	0.31	0.48	0.83	0.06	0.28
Solventes o inhalantes	0.03	0	0.01	0	0	0
Tipos de Cannabis						
Hachís	0	0	0	0	0	0
Marihuana	0.25	0.03	0.11	0	0	0
Alucinógenos	0	0	0	0	0	0
Heroína	0.07	0	0.03	0	0	0
Morfina*	0	0	0	0	0	0
Opio	0	0	0	0	0	0
Tipos de cocaína						
Basuco, pasta de coca	0.08	0	0.03	0	0	0
Hcl de Cocaína	0.14	0.03	0.07	0.09	0	0.04
Crack	0	0	0	0	0	0
Tranquilizantes, sedantes y depresivos	0.90	1.51	1.27	0.30	0.52	0.43
Estimulantes	0.43	0.32	0.37	0.20	0.14	0.16
MDMA (éxtasis)	0	0	0	0	0	0
Otras drogas	0	0	0	0	0	0
Cualquier droga ilícita	0.46	0.03	0.19	0.10	0	0.04

\* Sólomente cuando no sean recetados o no se apliquen a uso terapéutico

Fuente: CICAD, 2006, p. 13.

**Tabla 15 Edad de inicio del primer consumo por tipo de droga en la población general (12 a 65 años), Año 2005**

Tipo de droga	Promedio <sup>(1)</sup>			Mediana <sup>(2)</sup>		
	M	F	Total	M	F	Total
Alcohol	17.25	20.32	18.76	17	19	18
Tabaco	16.63	19.06	17.39	16	18	17
Solventes o inhalantes	16.32	12.47	15.76	16	12	15
Marihuana	17.97	16.93	17.83	18	16	17
Basuco, pasta de coca	19.50	16.69	19.05	19	14	19
Hcl de Cocaína	19.71	20.43	19.86	18	15	17

<sup>(1)</sup> **Promedio ponderado:** Es la edad promedio de todas las personas de ambos géneros

<sup>(2)</sup> **Mediana:** Valor que supera a no más del 50% de las observaciones, y es superado por no más del 50% de las observaciones cuando éstas se encuentran ordenadas según magnitud.

Fuente: CICAD, 2006, p. 13.

**Tabla 16 Percepción del riesgo de consumir drogas en la población general (12 a 65 años), Año 2005**

<b>Concepto</b>	<b>% de encuestados que creen que las personas que realizan lo siguiente, corren riesgo moderado o un gran riesgo (o que opinan que es grave o muy grave):</b>
Fumar cigarrillos de vez en cuando	72.7
Fumar cigarrillos con frecuencia	95.8
Tomar bebidas alcohólicas con frecuencia	97.5
Emborracharse	96.1
Tomar tranquilizantes/estimulantes sin receta médica de vez en cuando	84.4
Tomar tranquilizantes/estimulantes sin receta médica con frecuencia	93.5
Inhalar solventes de vez en cuando	93.3
Inhalar solventes con frecuencia	97.1
Fumar marihuana de vez en cuando	92.1
Fumar marihuana con frecuencia	96.7
Consumir cocaína o crack de vez en cuando	93.0
Consumir cocaína o crack con frecuencia	95.6
Consumir pasta de coca de vez en cuando	88.5
Consumir pasta de coca con frecuencia	90.5
Consumir éxtasis de vez en cuando	86.2
Consumir éxtasis con frecuencia	88.0

Fuente: CICAD, 2006, p. 14.

En la tabla anterior resalta el hecho de son más los encuestados que percibían como grave el riesgo de consumir con frecuencia la marihuana que el consumo frecuente de cocaína o el crack, la pasta de coca y el éxtasis.

Por otra parte, en el año 2008 la Oficina de Derechos Humanos del Arzobispado de Guatemala –ODHAG-, en el Informe sobre la Situación de la Niñez y Adolescencia en Guatemala, reveló datos específicos sobre la población menor de edad extraídos de la Encuesta anterior, que por la fecha en que fue publicada no pudo ser incluida.

**Tabla 17 Prevalencia de vida población menor de edad (12 a 18 años)**

	%	Diferencia por Sexo
Uso de tabaco	13.92%	Mayor entre varones
Uso de bebidas alcohólicas	23.20%	Mayor entre varones
Uso de tranquilizantes	4.40%	Mayor entre mujeres
Uso de estimulantes	1.17%	Sólo se da entre mujeres en ese rango de edad
Uso de drogas ilícitas (marihuana, solventes, cocaína, crack, pasta de coca, alucinógenos, hashis, heroína, éxtasis, morfina, opio)	1.61%	Mayor entre varones.

Fuente: Elaboración propia con base en la Primera Encuesta Nacional en Hogares sobre Salud, Consumo de Alcohol, Tabaco y Otras Sustancias Adictivas. Guatemala: CICAD/OEA, INE, NAS, 2007

Fuente: ODHAG, 2008, p. 22.

En cuanto al acceso a las drogas los jóvenes expresaron que “les es más fácil conseguir inhalantes (50%), y en orden descendente marihuana (33%), cocaína (25.3%), crack (19.8%), éxtasis (14.5%) y pasta base (12.3%) (...) Lo anterior plantea la facilidad de acceso que tienen las personas menores de otros factores de riesgo como que el 46.2% de sus amigos o familiares se emborrachan, el 11.8% de sus amigos y familiares consumen drogas ilícitas, y el 7.1% tuvo la posibilidad de probar alguna droga ilícita. De alguna manera, se comprueba que la curiosidad no es un factor de riesgo relevante, en tanto que el 90% afirma no haber tenido curiosidad de probarlas, y el 97% confirma que no las probaría si tuviera ocasión de hacerlo” ODHAG, 2008, p. 23).

Finalmente, durante el período 2006-2008 no se realizó ningún tipo de estudio o investigación, que indicara sobre la incidencia del consumo de drogas, los índices de abuso o dependencia de los consumidores, la edad de inicio del consumo, entre muchos otros aspectos.

## **2.3 Política Nacional contra las Adicciones y el Tráfico Ilícito de Drogas –PNCATID-**

### **2.3.1 Descripción general**

Cuando termina la vigencia de la Estrategia Nacional en 2008, la CCATID da a conocer en enero de 2009, la Política Nacional contra las Drogas y el Tráfico Ilícito de Drogas - PNCATID-, en coordinación con los diferentes entes del Estado, la Sociedad Civil y la Comunidad Internacional. Esta Política sigue vigente en la actualidad.

La PNCATID se encuentra fundamentada en siete principios rectores que orientan y caracterizan la decisión y la forma de abordar los problemas vinculados a la reducción de la demanda, el tratamiento y reinserción social de los drogodependientes así como las acciones de apoyo a la reducción de la oferta de drogas en el país. Los principios se describen a continuación:

- **Corresponsabilidad:** Principio fundamental en el cual todas las instituciones involucradas en las acciones tendientes a reducir el consumo interno, la producción, el tráfico ilícito de drogas y los problemas conexos deben cumplir con las responsabilidades que les corresponden en su campo de acción.
- **Integralidad:** Debido a que la solución del problema de las drogas es de carácter integral, compete a todos los sectores públicos y privados de la sociedad comprometerse y unir esfuerzos para contribuir de forma conjunta a la reducción de la oferta, de la demanda y de las actividades relacionadas.
- **Consenso:** Para abordar el problema de las drogas, es necesario el consenso institucional a través de la CCATID, de esta forma las decisiones adoptadas para la política tomen en cuenta a todas las instituciones responsables.
- **Descentralización:** Potenciar que los gobiernos municipales armonicen sus planes de desarrollo de acuerdo a la política para que las comunidades se involucren en el abordaje del problema de las drogas, protegiendo así la salud comunitaria.
- **Comunicación:** Mantener informada a la población, a las instituciones y a los medios de comunicación sobre el estado y desarrollo de las manifestaciones del problema de las drogas con el fin de profundizar en la comprensión y promover la recuperación de valores, creencias y actitudes para disminuir los factores de riesgo de acuerdo a la realidad pluricultural, multiétnica y multilingüe del país.
- **Contenido social:** Todas las acciones deben poseer un alto contenido social impulsando el desarrollo del ser humano integral y sostenible, de tal forma que la comunidad se beneficie de la lucha contra el narcotráfico destinando los bienes incautados por esta actividad a programas de prevención al consumo y tráfico ilícitos de drogas.
- **Investigación:** Puesto que la investigación constituye la base para diseñar acciones estratégicas, se debe ampliar y profundizar la comprensión del problema de las drogas y sus manifestaciones, identificando información que conlleve al éxito de la lucha contra el narcotráfico y evaluando el impacto de las alternativas y soluciones concertadas.

El objetivo principal de la PNCATID es “Implementar acciones orientadas a reducir progresiva y sistemáticamente las causas y manifestaciones de la problemática de las drogas en forma coordinada con las diferentes dependencias que integran la CCATID; estimulando el involucramiento proactivo de los gobiernos municipales e incentivando la participación de los diferentes sectores de la sociedad guatemalteca” SECCATID, 2009a, p. 23).

Así también, la PNCATID desarrolla cinco objetivos específicos sobre varios temas: económico social, reducción de la oferta, reducción de la demanda, fortalecimiento jurídico e institucional y comunicación.

Concretamente, el objetivo específico de reducción de la demanda busca “Controlar el consumo de drogas lícitas y la tendencia creciente de su uso indebido, combatir las ilícitas y ofrecer alternativas de tratamiento, rehabilitación y reinserción social a farmacodependientes; así como, el desarrollo de programas de prevención, dentro del ámbito de reducción de la demanda, considerando para el efecto los diagnósticos emanados del Observatorio Nacional sobre Drogas – OND -, acorde a la realidad pluricultural, multilingüe y multiétnica del país” (SECCATID, 2009a, p. 23).

La PNCATID estructura su Matriz Operativa distribuyendo los ejes fundamentales Económico Social, Reducción de la Oferta, Reducción de la Demanda, Fortalecimiento Jurídico e Institucional y Comunicación en acciones estratégicas, metas y las instituciones involucradas. Así mismo, contempla un sistema de monitoreo y evaluación paralelo al que se lleva a cabo por la Comisión Contra las Adicciones y el Tráfico Ilícito de Drogas – CICAD-; el Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización de Drogas -PNUFID-; la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes –JIFE- y otros organismos internacionales.

Resalta el hecho que a la PNCATID al igual que el Plan Nacional Antidrogas 1999-2003 y la Estrategia Nacional contra la Drogas 2004-2008, tampoco se le asignó un presupuesto específico para su ejecución, sino que se financia a través de las asignaciones presupuestales realizadas a las instituciones gubernamentales que integran la CCATID y a la cooperación internacional.

Específicamente, el presupuesto asignado a la CCATID en el año 2008 fue de US\$420,671 y para el año 2009 de US\$428,566. Asimismo, al Centro de Tratamiento Ambulatorio -CTA-, se le asignó el presupuesto de US\$74,266 en el año 2008 y de US\$54,203 en el año 2009 (CICAD, 2010). No se tienen datos relacionados para los siguientes años.

Tomando en cuenta lo anterior, a continuación se presentan los principales resultados en el Eje de Reducción de la Demanda de la Política Nacional contra las Drogas y el Tráfico Ilícito de Drogas –PNCATID- existentes hasta la actualidad sobre prevención, tratamiento y estadísticas de consumo.



## 2.3.2 Principales esfuerzos y resultados

### 2.3.2.1 Prevención

En materia de prevención, la SECCATID en la Memoria de Labores 2008-2009 informó que se desarrollaron programas y proyectos con la ayuda de distintas instancias, dentro de los cuales se describen los siguientes:

**Tabla 18 Programas y proyectos de prevención, Años 2008-2009**

Programa	Descripción	Coordinación Interinstitucional	2008-2009	
			Beneficiados	Cobertura
<b>Segundo Paso</b>	Niños y niñas de nivel preprimario	MINEDUC	3,434 niños	26 Centros Educativos 3 Departamentos
<b>DARE</b>	Estudiantes de 4o., 5o. y 6o. grado de primaria (Dos semestres)	PNC Sección de Asuntos Narcóticos -NAS-, Embajada Americana	58,279 niños	538 Centros Educativos 10 Departamentos
<b>PRONEPI</b>	Sector educativo	MINEDUC	16,770 estudiantes 6,083 Docentes 3,606 padres de familia	15 Departamentos
<b>Proyecto Fortalecimiento de Organizaciones Gubernamentales y no Gubernamentales</b>	Sector laboral, de seguridad, y salud de organizaciones gubernamentales y no gubernamentales	Organizaciones gubernamentales y no gubernamentales Fuerzas de seguridad Empresas privadas	1,019 miembros de fuerzas de seguridad 438 líderes juveniles no escolarizados 919 trabajadores	7 Departamentos
<b>Proyecto Comunicación Social</b>	Sensibilización, orientación e información a la población en general		515,201 materiales informativo promocional	

Fuente: Elaboración propia con datos extraídos de SECCATID, 2009b pp. 10-12 y 16-17.

**Tabla 19 Proyectos de prevención, Año 2009**

Programa	Descripción	Coordinación Interinstitucional	2009	
			Beneficiados	Cobertura
<b>Proyecto de Coaliciones Comunitarias "Comunidad Libre de Drogas"</b>	Desarrollar organizaciones comunitarias para trabajar colectivamente	Alianza con Coaliciones Comunitarias Anti-Drogas de América -CADCA-, gobiernos locales y la sociedad civil	13 coaliciones 4 comunidades 3 Departamentos	Santa Catarina Pinula, San Antonio Aguas Calientes, Santa Cararina Barahona y Mixco
<b>Proyecto Jóvenes en Riesgo</b>	Jóvenes en riesgo áreas urbano marginales de la Ciudad de Guatemala	ONG-UNIGUATE-	2,248 jóvenes	56 Asentamientos
<b>Proyecto de Zonas Fronterizas</b>	Pobladores de las diferentes comunidades fronterizas		465 líderes comunitarios	11 Departamentos

Fuente: Elaboración propia con datos extraídos de SECCATID, 2009b pp. 13-15.

**Tabla 20 Programas y proyectos de prevención, Año 2010**

Programa	Descripción	Coordinación Interinstitucional	2010	
			Beneficiados	Cobertura
<b>DARE</b>	Estudiantes de 4o., 5o. y 6o grado de primaria (Dos semestres)	PNC Sección de Asuntos Narcóticos -NAS-, Embajada Americana	32,000 niños	Municipios de Guatemala, Mixco y Villa Nueva. 8 Departamentos
<b>PRONEPI</b>	Sector educativo	MINEDUC	1,474 docentes 4,875 estudiantes 1,051 padres de familia	
<b>Proyecto de Coaliciones Comunitarias "Comunidad Libre de Drogas"</b>	Desarrollar organizaciones comunitarias para trabajar colectivamente	Alianza con Coaliciones Comunitarias Anti-Drogas de América -CADCA-, gobiernos locales y la sociedad civil	134 hombres 142 mujeres	Santa Catarina Pinula Mixco
<b>Proyecto de Zonas Fronterizas</b>	Pobladores de las diferentes comunidades fronterizas		302 líderes comunitarios	
<b>Teatro Vive sin Drogas</b>	Sensibilización de jóvenes del nivel básico. Obra "Pasos de Vida"	Dirección General de Calidad Educativa -DIGECADE-, MINEDUC	61,000 estudiantes	Mixco, Villa Nueva, Amatitlán y departamentos de Alta Verapaz, Sacatepéquez, Escuintla, Jutiapa y Sololá.
<b>Arte Vive Sin Drogas</b>	Niños y niñas de 5o. y 6o. de primaria. "Prevención del Consumo de Drogas y de la Violencia"	Municipalidad de Santiago Atitlán, Sololá Dirección Departamental de Educación	25 becas de estudio de pintura (6 meses)	Santiago Atitlán, Sololá
<b>Programa Mis Primeros Pasos</b>	Aprobado en 2010. Niños y niñas del nivel pre-primario. Currículo Nacional Base - CNB-	DIGECADE, MINEDUC	10,000 niños 104 docentes	
<b>Prevención Laboral</b>	Capacitación a trabajadores del sector público y privado. "Prevención del Consumo de Drogas y de la Violencia"		253 hombres 145 mujeres	
<b>Programa de capacitación a la Escuela de Estudios Penitenciarios</b>	Estudiantes hombres y mujeres. "Prevención del Consumo de Drogas y de la Violencia"	Sistema Penitenciario	428 hombres y mujeres	
<b>Programa Jóvenes contra la violencia</b>	Jóvenes residentes en áreas marginales. "Prevención del Consumo de Drogas y de la Violencia"		2, 248 jóvenes escolarizados y no escolarizados	
<b>Programa Liga Atlético Policial -LAP-</b>	Inicia en 2010. Niños y jóvenes. Implementado por Agentes de la PNC como Facilitadores LAP. Prevenir la delincuencia y el consumo de drogas con actividades sociales, recreativas y culturales.	MINEDUC PNC Apoyo de la NAS	6,470 niños de nivel primario	

Fuente: Elaboración propia con datos extraídos de SECCATID, 2010, pp. 7-13 y 15.

Las actividades de prevención durante el año 2009 fueron dos: la primera fue la Carrera “**Día Nacional Contra el Tabaco**” el 31 de mayo con la participación de 5,000 corredores y la segunda actividad fue el “**Encuentro de Jóvenes contra las Adicciones**”, en el cual se reunieron jóvenes de zonas de alto riesgo (SECCATID, 2009b).

En cuanto a las actividades realizadas en 2010, de acuerdo a la Memoria de Labores de la SECCATID (2010) sobresalen las siguientes:

- **Celebración del Día del Niño:** Coordinada con el Ministerio de Cultura y Deportes, Dirección General de Educación Física y la Sección de Asuntos Narcóticos –NAS- de la Embajada de EEUU, con la asistencia de 10,000 niños de asentamientos.
- **Escuela de Vacaciones:** Coordinada con Centros Educativos de Mixco, Villa Nueva y Villa Canales para niños del nivel primario, con la participación de 800 niños de cuatro escuelas.
- **Ferías de la salud:** Para discutir el tema de Prevención del Consumo de Drogas y Violencia organizadas por la Dirección de Salud Reproductiva del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en Sumpango, San Juan Alotenango, San Lucas Sacatepéquez, Santiago Sacatepéquez, Antigua Guatemala y Santa Catarina Pinula, asistiendo 205 mujeres y 55 hombres.
- **Programas de radio:** Con dos programas: “La Vida es Bella sin Drogas en radio Universidad y Una Vida Sana engrandece a tu País en TGW y también en Radio Nuevo Mundo.

A partir del año 2011 a la fecha (noviembre de 2012), los datos que se conocen en relación a los programas de prevención que implementa la SECCATID de acuerdo a su Página Web son los siguientes:

- **Programa Mis Primeros Pasos:** Continúa siendo incluido en el Currículo Nacional Base –CNB- del Nivel Pre-primario, estipulado por el Ministerio de Educación. En el programa se hace énfasis en brindar seguridad y confianza a los niños mediante un aprendizaje con valores.
- **Programa Nacional de Educación Preventiva Integral –PRONEPI-:** Dirigido a la Comunidad Educativa (Docentes, Estudiantes, Padres y Madres de Familia) del nivel Primario y Medio de Educación a nivel nacional”. El objetivo general es la “Prevención del Consumo de Drogas” en los Centros Educativos tanto públicos como privados, para crear ambientes escolares libres de drogas.
- **Programa Prevención Laboral:** Promueve y ejecuta en las Organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, actividades de prevención del consumo de drogas dirigidas a sus trabajadores, para así minimizar el riesgo de consumo de drogas.
- **Programa Prevención Comunitaria:** Busca organizar Coaliciones Comunitarias a nivel regional y por consecuencia Comunidades Libres de Drogas en Guatemala. La población meta son los miembros de las comunidades que representan los 12

sectores (padres de familia, jóvenes, educación, justicia, comercio, medios de comunicación, organizaciones fraternales y religiosas, grupos cívicos y agencias gubernamentales).

- **Gira Vive sin Drogas:** Evento artístico enfocado jóvenes de 12 a 17 años, que asisten a centros educativos públicos y privados de la ciudad capital y de municipios cercanos. Es coordinada además de la SECCATID por Fundación Azteca, Confederación Deportiva Autónoma Guatemalteca –CDAG- y el MINEDUC. En 2011 se realizó un evento en el DOMO con la participación de 5,600 jóvenes y en 2012 en el Centro de Convenciones de Tikal Futura, con la asistencia de 5,000 estudiantes.

De acuerdo al Oficial Quiñónez, el **Programa Liga Atlética Nacional -LAP-**, para niños y jóvenes continuó funcionando en el 2012 (entrevista, 14 de septiembre de 2012). Además, de acuerdo al Ministro de Salud Pública y Asistencia Social, Jorge Villavicencio, se está trabajando el proyecto **Escuelas Saludables**, con el apoyo del MINEDUC, para educar y dar información a los estudiantes sobre las complicaciones del consumo de drogas (García, 2012).

Con todo lo anterior, se observa que la PNCATID desde 2009 en materia de prevención ha implementado varios programas, proyectos y actividades hasta el día de hoy, sin embargo; no se han evaluado sistemáticamente los mismos ni se han implementado programas para la población en cárceles.

### 2.3.2.2 Tratamiento

La Política Nacional contra las Adicciones y el Tráfico Ilícito de Drogas -PNCATID-, de acuerdo al Eje de Reducción de la Demanda, debe ofrecer alternativas de tratamiento y rehabilitación del consumo de drogas, lo que también implica el mejoramiento de las capacidades.

Conforme a la Memoria de Labores de la SECCATID 2008-2009, el Centro de Tratamiento Ambulatorio –CTA-, otorgó tratamiento a 605 personas y realizó 5,195 consultas. Asimismo, con el **Programa Centroamericano de Enseñanza y Capacitación para la Prevención del Uso Indebido de Drogas y Violencia** se logró orientar a 60 Directores de instituciones, 32 participantes y 107 participantes, en coordinación con la CICAD y la Fundación Antidrogas de El Salvador (FUNDASALVA). Y con el **Programa de Atención Integral a Niños, Niñas y Adolescentes en Situación de Calle**, se atendió a 66 personas de dichas poblaciones en 134 sesiones.

Por otro lado, en 2009 en apoyo al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, se inició el proyecto para evaluar el cumplimiento de las Normas Mínimas para Centros de Atención a Personas con Problemas Derivados del Consumo de Sustancias Adictivas en el área metropolitana y se realizaron 40 visitas (SECCATID, 2009b).

Asimismo, de acuerdo a CICAD (2010), en el año 2009 se determinó la existencia de 99 Centros de Atención Integral a Personas con Adicciones –CAIPA-, ubicados en 19 departamentos de Guatemala y cuentan con personal profesional especializado para brindar tratamientos relacionados al abuso de drogas; sin embargo, no se realizaron evaluaciones sobre la calidad y eficacia de los servicios que ofrecen en dichos centros.

En el año 2010, conforme a la Memoria de Labores de la SECCATID (2010) la Dirección de Tratamiento y Rehabilitación de la SECCATID presentó los principales logros alcanzados:

- **Capacitaciones sobre la implementación del sistema informático modular en adicciones (SIMA A y B):** Como parte del seguimiento del proyecto AD/CAM/04/H-90, que busca crear y establecer una Red de Tratamiento, Rehabilitación y Reinserción Social en Centroamérica. Básicamente las capacitaciones se orientaron en la presentación de los instrumentos de recolección de datos SIMA A y B, desarrollados sobre la base del Índice de Severidad Adictiva –ASI- el cual permite diagnosticar el nivel del problema de adicción de un paciente tomando en cuenta aspectos físicos, mentales, sociales, familiares, consumo, entre otros.
- **Primer taller regional para consolidar la Red Centroamericana de Investigación en Adicciones:** En septiembre de 2010 en Guatemala, con la colaboración de la Oficina de Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito -UNODC-, la USAC y el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social –MSPAS- (SECCATID, 2010).
- **Centro de Tratamiento Ambulatorio –CTA-:** Con 2,211 consultas; 84 usuarios en terapia ocupacional; 131 usuarios en terapia grupal; y, 524 familiares en seguimiento.

Recientemente, se han llevado a cabo capacitaciones sobre la implementación de las Normas Mínimas para Centros de Atención a Personas con Problemas Derivados del Consumo de Sustancias Adictivas, con el fin de profesionalizar al personal que labora en Centros de Atención Integral a Personas con Adicciones –CAIPA- .

En la actualidad, de acuerdo a María Antonieta Solórzano, Directora de Proyectos de SECCATID (García, 2012), el CTA es atendido por psicólogos, médicos, trabajadoras sociales y maestros de computación. Básicamente explica que el tratamiento se lleva a cabo durante 8 meses, a través de terapias grupales y familiares; en donde se busca lograr que la persona acepte su problema de adicción y luego mejorar el ambiente y las relaciones interpersonales para que pueda aprender a vivir sin el consumo de ningún tipo de droga. En caso de que algún paciente necesite tratamiento médico, los profesionales lo refieren a un hospital nacional.

Asimismo, la Directora (García, 2012), afirma que además del tratamiento, se ofrece una terapia ocupacional, que tiene como objetivo la reinserción social del paciente, para ello se desarrollan cursos de computación que permiten que el paciente se incorpore al mercado laboral con mejores capacidades.

Existen muchas otras entidades públicas y privadas además del CTA de la SECCATID que brindan tratamiento a personas drogodependientes en Guatemala, de acuerdo a Edgar Camargo, de la SECCATID, en la actualidad “funcionan alrededor de cien centros de rehabilitación aprobados por el Ministerio de Salud, de los cuales el 80 por ciento funciona en la capital y el otro 20 por ciento está en la provincia” (Archila, 2012a).

Un aspecto sobresaliente según García (2012), es que la mayoría de personas prefieren los establecimientos privados a los públicos, debido a que las instituciones públicas no cuentan con unidades especializadas para atender este tipo de enfermedades; es por ello que, el Patronato Pro-Rehabilitación del Drogadicto, que ofrece la línea telefónica 1545, remite a los pacientes a centros privados.

Tan solo en el año 2011, el Departamento de Regulación, Acreditación y Control de Establecimientos de Salud –DRACES-, del MSPAS autorizó 50 CAIPA ubicados en las zonas 1, 2, 3, 7, 12, 15 y 18 de la ciudad capital, Villa Nueva, Mixco, San Miguel Petapa, Santa Catarina Pinula, San José Pinula, Villa Canales, Chinautla, Guatemala; Quetzaltenango, Petén, El Progreso, Retalhuleu, Sacatepéquez, Chimaltenango, Chiquimula, Escuintla y Suchitepéquez (García, 2012).

En muchos de estos centros el costo de los tratamientos médicos depende del cuadro médico que presentan los pacientes, por ejemplo “atender una sobredosis de cocaína que afecta el sistema cardiovascular y provoca síntomas neurológicos como ansiedad, acatasia (dificultad para permanecer quieto), crisis de pánico, sensación de muerte inminente, crisis convulsiva, pérdida de conciencia o coma, puede costar entre Q56 mil y Q100 mil” (García, 2012).

Respecto a la calidad del servicio que brindan estos centros, la supervisión que realiza el DACRES deja mucho que desear, debido a que muchos de estos lugares se practica una serie de abusos y maltratos que los pacientes sufren por parte de los encargados (Archila, 2012a); es decir que, no todos los centros cumplen con el Reglamento de las Norma Mínimas para CAIPA.

Por tal motivo, resalta que la función del DACRES de supervisión y evaluación de dichos centros no se lleva a cabo de forma constante ni consciente; ya que tampoco se tienen registros los pacientes atendidos (edad, sexo, tipo de droga consumida, etc.), cantidad de pacientes, el tipo de tratamiento que reciben, los pacientes rehabilitados, la satisfacción de los pacientes sobre los resultados, entre otros.

En el caso de las instituciones públicas, es importante destacar que Guatemala cuenta con registros muy escasos de los casos atendidos por problemas médicos relacionados al abuso de drogas; tales como síndromes de abstinencia y sobredosis; sin embargo, no se atienden casos de internamiento.

En el caso del Hospital Roosevelt, en el año 2011 atendió a 112 pacientes con este tipo de síndromes. Respecto al Hospital San Juan de Dios, María Teresa Gaytán, Jefa de la Sección de Psicología de la Unidad de Medicina Interna, expuso que a la semana se brinda terapia psicológica diaria o dos o tres veces a la semana a “alrededor de diez casos de personas con problemas emocionales asociados al consumo de estupefacientes” manifestando motivos relacionados a “desajustes en el hogar, dificultades para relacionarse con otros o angustia” (Méndez, 2012).

Igualmente, María Teresa Gaytán expone que la Sección de Traumatología del Hospital San Juan de Dios, atiende un promedio de cinco personas con fracturas y golpes relacionados con droga. Y en promedio cinco casos a la semana se tratan de pacientes con sobredosis, casos que se registran como intentos de suicidio. Al año, este hospital “atiende 520 consultas psicológicas y 260 casos en Traumatología y un número similar de intoxicaciones” (García, 2012).

### **2.3.2.3 Estadísticas de consumo**

Conforme a las directrices de la Política Nacional contra las Adicciones y el Tráfico Ilícito de Drogas –PNCATID-, el Observatorio Nacional sobre Drogas -OND- de la SECCATID ha realizados varios estudios sobre el consumo de drogas en el país. De los cuales a continuación se describen los más importantes.

En el año 2009, se realizó un estudio sobre **El Consumo de Drogas desde la Perspectiva de los Estudiante y de los Maestros del Área Urbana en los Departamentos de Santa Rosa, San Marcos, Jutiapa y Alta Verapaz**. Guatemala y Escuintla también fueron estudiados pero los resultados no se tabularon. Se eligieron esos departamentos por la cantidad de población que concentran y por ser los lugares donde más droga se había incautado. La muestra fue de 3,463 estudiantes y 332 maestros y las otras entidades involucradas fueron el MINEDUC, la NAS y la Oficina de Derechos Humanos del Arzobispado de Guatemala –ODHAG-. Estos fueron los principales hallazgos (SECCATID, 2012b):

- El consumo de alcohol y tabaco era más alta en hombres y seguía considerándose como puerta de entrada para iniciarse en el uso de otras drogas adictivas.
- Las drogas sintéticas empezaban a abrirse paso.
- La edad de inicio del consumo de drogas era de 13 a 16 años.
- La marihuana, seguida de la cocaína y crack eran mayormente consumidas por los hombres, iniciando alrededor de los 14 años de edad en ese tipo de drogas.

- En Jutiapa y Alta Verapaz se muestran los niveles más altos de consumo de cocaína, casi el doble de los demás departamentos.
- La tendencia de mujeres mostró una tendencia significativa al consumo de tranquilizantes.
- El éxtasis era consumido en ambos géneros; la heroína era mayormente consumida por mujeres, entre las edades de 14 y 15 años; y los ácidos eran consumidos exclusivamente por hombres.
- El consumo de inhalantes fue mayor en los hombres, iniciando el consumo en la edad de 13 a 15 años.
- Las mezclas de drogas “Canoso” (marihuana y cocaína) y “Primos” (marihuana y crack), eran consumidas mayormente por hombres.
- Se identificaron problemas en la escuela, como conducta negativa, incidentes de peleas a golpes, la presencia de pandillas y amenazas hacia maestros.
- Los docentes eran conscientes del consumo de drogas legales como ilegales de los estudiantes.

Además, el OND en el año 2010 realizó el **Estudio sobre el Consumo de Drogas en la Población Privada de Libertad y su relación con la Conducta Delictiva**, con una muestra de 852 personas privadas de libertad a nivel nacional, en conjunto con la Dirección General del Sistema Penitenciario. De acuerdo a la SECCATID (2012b) los principales resultados fueron los siguientes:

- Los problemas personales (40.61%) son el factor más común que los llevó a consumir drogas, luego la curiosidad (5.19%) y la presión de grupo (3.90%).
- El 53% opinó que se consumen drogas dentro del recinto penitenciario; el 30% expresó como fácil conseguir drogas dentro del mismo. Siendo éstas: tabaco (18.06%), alcohol (7.79%), marihuana (6.61%), cocaína (2.01%), crack (1.18%), medicamentos tranquilizantes (0.24%), medicamentos estimulantes (0.24%) y chicha o licor artesanal (0.12%).
- En cuanto a prevalencia (vida) han consumido alcohol un 42.50%, tabaco con 39.91% y marihuana con 17.12%, siendo ésta la droga ilegal con mayor consumo.
- El alcohol con un 25% fue la principal droga de inicio, luego el tabaco con el 23%, y la marihuana con un 6% como la primera droga ilegal de consumo.
- El 14% admitió que delito que los privó de su libertad fue cometido bajo los efectos de alguna droga, comúnmente alcohol y marihuana.
- El 17% de los reos opinó que existe una relación entre la droga y el delito.
- El 7% admitió haber iniciado el consumo dentro de la cárcel y el 3% expresó que su consumo de drogas aumentó dentro de la misma.
- El 47% reconoció haber intentado dejar de consumir drogas en algún momento de su vida, pero solo 6% recibió ha recibido tratamiento y solo 1% ha recibido tratamiento dentro de la cárcel; además, un 4% aceptó haber consumido drogas después de haber recibido tratamiento, expresando como principales razones los



problemas personales y el ambiente que les rodea, por último un 27% admitió tener el deseo de recibir tratamiento.

Por otra parte, en julio de 2011 María Antonieta Solórzano, Directora de Programas y Proyectos de SECCATID, afirmó que los solventes son las drogas más empleadas, después de la marihuana. La Directora resaltó también que en el CTA últimamente han observado un consumo de crack bastante recurrente, debido a que es más barato que la cocaína y hay lugares donde lo venden más, apuntando que “La persona que se involucra en el crack prácticamente deshecha la marihuana y se queda solo con crack. El alcohol siempre está, muchas veces es el disparador. Muchos pacientes nos han dicho que si no consumen alcohol no consumen marihuana o crack”. En cuanto al consumo de drogas diseño como el éxtasis, la Directora expresa que esta droga es muy utilizada en la universidad por jóvenes que asisten a fiestas “Rave” (Sandoval, 2011).

Indicó también que Petén y Sololá tienen los índices más altos de consumo. Petén porque es fronterizo y transita la droga más fácilmente, señala además “Antes decíamos que éramos puente, hoy ya no podemos hablar de puente, ya hay un consumo que se queda”. Y Sololá por el turismo, afirmando que los turistas “Así como nos dejan divisas también nos traen otros tipos de conducta” (Sandoval, 2011).

En otro orden de ideas, la Secretaría Ejecutiva del Servicio Cívico -SESC-, el Consejo Nacional de Juventud -CONJUVE- y el Instituto Nacional de Estadística -INE-, entre junio y julio de 2011 realizaron a nivel nacional la **Primera Encuesta Nacional de Juventud en Guatemala -ENJU, 2011-** con una muestra de 5,875 jóvenes entre 15 y 29 años. La ENJU 2011 constituye una de las acciones implementadas que corresponde a una de las directrices de la Política Pública de Juventud 2010-2015. Esta encuesta estableció que el 40.6% de los 14.7 millones de guatemaltecos tienen entre 15 y 29 años de edad (ACAN-EFE, 2012). Además, la ENJU 2011 estimó que un 3% de la población entre los 15 y 29 años ha probado estupefacientes, para más detalle se presenta la siguiente tabla.

**Tabla 21 Jóvenes que “Nunca” han consumido sustancias, por sexo -ENJU-2011-**

Sustancia	Porcentaje de jóvenes que “Nunca” han consumido sustancias, por sexo		
	hombres	mujeres	totales
Tabaco-cigarro	76	94	86
Bebidas alcohólicas	76	89	84
Pegamento/solventes	98	99	98
Marihuana	96	99	97
Cocaína	97	99	98
Crack	98	99	98
Otras sustancias	97	98	98
porcentaje promedio de abstinencia	91	97	94

Fuente: ENJU 2011, p. 102.

Se observa que la droga ilícita más consumida según la respuesta de los jóvenes fue la marihuana con 3%, seguidamente del crack, de la cocaína, del pegamento/solventes con un consumo del 2% cada uno, siendo los hombres los que más consumían dichas drogas.

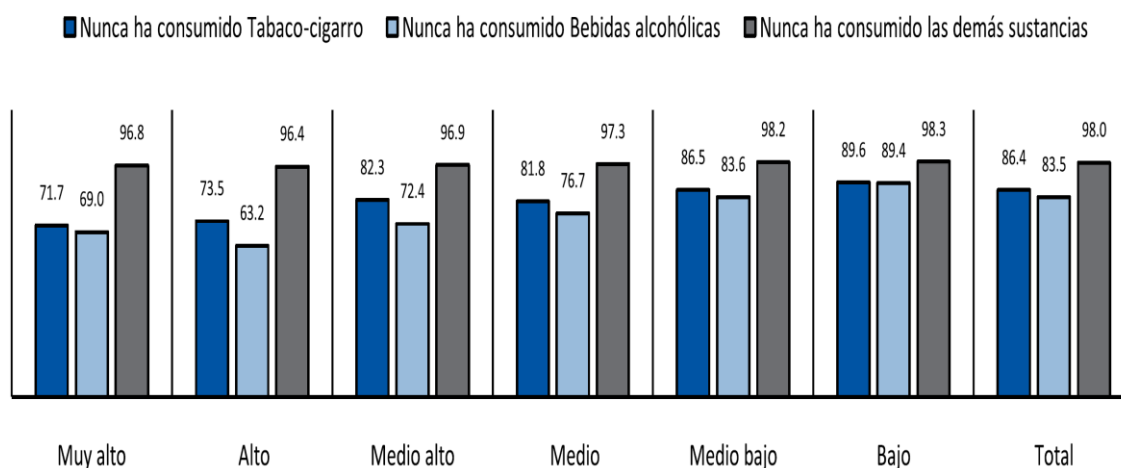
**Tabla 22 Respuesta “Nunca” por grupo etario -ENJU-2011-**

<b>Respuesta "Nunca" por grupo etario</b>				
<b>Sustancia</b>	<b>15-18</b>	<b>19-24</b>	<b>25-29</b>	<b>Total</b>
Tabaco-cigarro, cigarro	89.7	84.7	82.5	86.4
bebidas alcohólicas	88.81	81.14	76.89	83.50
pegamento-solventes	98.62	98.26	98.00	98.36
marihuana	97.56	97.10	97.45	97.36
cocaína	98.57	97.75	97.68	98.08
Crack	98.68	98.34	98.27	98.47
otras	97.75	97.54	97.58	97.63

Fuente: ENJU 2011, p. 102.

La tabla anterior muestra que el mayor consumo de marihuana se daba entre los jóvenes de 14 a 24, mientras que el mayor consumo de cocaína, crack y solventes se dio entre los jóvenes de 25 a 29 años.

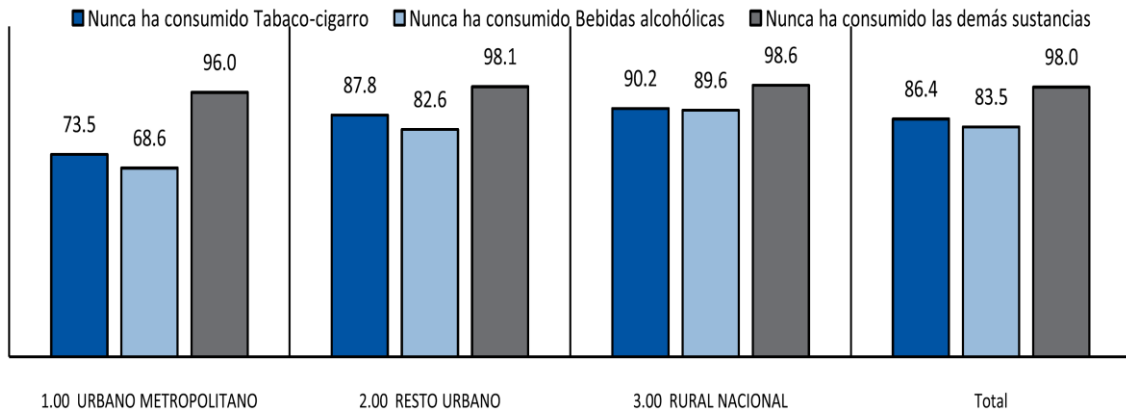
**Gráfica 1 Frecuencia de respuestas “nunca” he consumido tabaco, alcohol y las demás sustancias (solvente-pegamento, marihuana, cocaína, crack y otras sustancias), según estrato socioeconómico -ENJU-2011-**



Fuente: ENJU 2011, p. 102.

Por medio de la gráfica anterior se observa que los estratos socioeconómicos muy alto y alto fueron los que consumían las demás sustancias, incluidas la marihuana, cocaína y crack.

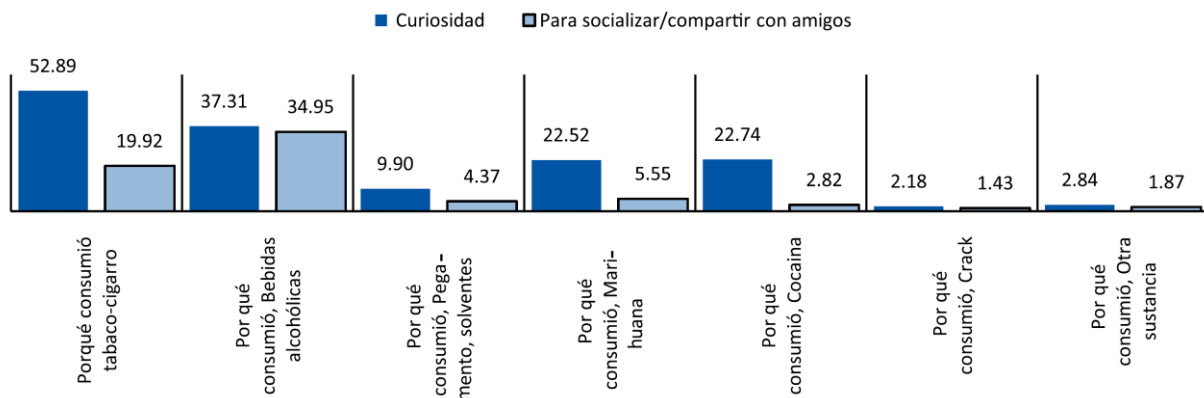
**Gráfica 2 Frecuencia de respuestas “nunca” he consumido tabaco, alcohol y las demás sustancias (solvente-pegamento, marihuana, cocaína, crack y otras sustancias), por dominio -ENJU-2011-**



Fuente: ENJU 2011, p. 103.

La gráfica anterior ilustra claramente que el dominio urbano metropolitano era el que más consumía las drogas ilícitas, con un 4% en comparación con el resto urbano que representaba el 1.9% y con el rural nacional con el 1.4%.

**Gráfica 3 Causas principales de consumo de sustancias en jóvenes y de bebidas alcohólicas -ENJU-2011-**



Fuente: ENJU 2011, p. 104.

Definitivamente la curiosidad fue la causa principal de consumo de drogas ilícitas en la mayoría de jóvenes encuestados.

De acuerdo a las consideraciones finales de la ENJU-2011, existe un elevado porcentaje de jóvenes que niegan el consumo de sustancias, tanto lícitas como ilícitas, por esta razón, es importante considerar la posibilidad de que un alto porcentaje de jóvenes prefirieran no declararlo, principalmente en un contexto nacional que presenta una serie de señales de descomposición social de la que no está excluida la juventud.

Por otra parte, en un estudio realizado por la Procuraduría de Derechos Humanos -PDH- en el Centro Juvenil de Detención Provisional –CEJUDEP-, conocido como Las Gaviotas, el cual tiene a 261 jóvenes entre 13 a 22 años; se encontró que la principal dificultad de los trabajadores sociales para lograr la inserción de los adolescentes es que aproximadamente el 85% de los mismos tienen adicción a las drogas. De acuerdo a la PDH, esto “refleja el fallo sistemático del Estado en temas de educación y atención a las familias” (Valdez, 2012).

De igual forma, en julio de este año la SECCATID divulgó estadísticas de consumo de drogas obtenidas de una encuesta respondida por 3,351 estudiantes de 12 a 24 años. La encuesta fue efectuada durante un festival convocado por la institución. Los resultados revelaron que el 45% de los jóvenes aseguró que la marihuana es la droga que más se consume en el medio en el que viven, seguido de la cocaína con 12%, los inhalantes con 4%, la heroína 3%, los sedantes 2% y los alucinógenos y las anfetaminas con 1% cada uno. Además, la encuesta reveló que dentro y fuera de la escuela, la fiesta, la discoteca, la casa y la de un amigo son los lugares donde se ofrecen las drogas ilícitas a los jóvenes (Villagrán, 2012b).

Ante tal situación, la SECCATID inició en agosto una campaña de prevención, en la cual a través de un cuestionario pone a prueba a los padres de familia de cuánto es que en realidad saben sobre las drogas y el abuso de ellas. El cuestionario fue elaborado por Instituto Nacional Sobre el Abuso de Drogas de los Estados Unidos (NIDA), el objetivo principal de acuerdo a Lucky López, Secretaria de SECCATID, es que a través de los padres de familia inicie la prevención de uso de drogas, identificando “aspectos de comportamiento de sus hijos, desde cambios abruptos de ánimo, bajo de promedios en educación, deserción escolar, irritabilidad, rebeldía, entre otras” (Rafael, 2012).

Así mismo, de acuerdo a un informe presentado recientemente por SECCATID (EFE, 2012) sobre los resultados de una encuesta aplicada a 5,600 estudiantes en el programa Vive sin Drogas dicha institución, el 49% de los jóvenes aseguró haber probado la marihuana al menos una vez en su vida por curiosidad, además la mayoría de estudiantes de ambos sexos confesó haberla consumido por primera vez a los 14 años. La encuesta también demostró que cuatro de cada diez jóvenes han recibido la propuesta de vender drogas dentro de los establecimientos educativos. A pesar de que el informe no detalla sobre el consumo de otras drogas ilícitas, afirma que el alcohol es la droga legal más consumida por los estudiantes sin precisar datos estadísticos sobre ello.

Por último, es importante mencionar que recientemente en julio de este año, inició el funcionamiento de la Red de Sistema de Información sobre Drogas, a cargo del Observatorio Nacional sobre Drogas –OND- de la SECCATID, para contar con datos actualizados en los ámbitos de la oferta y la demanda de droga en el país (Villagrán, 2012a).

De acuerdo a una publicación del OND (2012) las instituciones encargadas de brindar la información son: Ministerio de Economía, Ministerio del Medio Ambiente y Recursos Naturales, Ministerio de Agricultura, Ganadería y Alimentación, Ministerio de Gobernación, Ministerio de la Defensa Nacional, Ministerio de Relaciones Exteriores, Fiscal General de la Nación y Ministerio Público, Instituto Nacional de Ciencias Forenses, Superintendencia de Bancos, Superintendencia de Administración Tributaria, Policía Nacional Civil, Interpol, Organismo Judicial, Colegio de Profesionales Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y Ministerio de Educación.

Específicamente en materia de reducción de la demanda el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social brindará información sobre: el consumo problemático de drogas; estadísticas de atenciones a personas con trastornos médicos, psicológicos y psiquiátricos secundarios al consumo de sustancias; enfermedades infecciosas relacionadas con las drogas; intoxicaciones por drogas; muertes relacionadas con la droga y mortalidad entre los consumidores; regulación, acreditación y control de establecimientos de salud. También el Ministerio de Educación brindará información respecto a la población estudiantil vulnerable a consumo y a la narcoactividad, actividades de prevención y coordinaciones interinstitucionales.

De los datos proporcionados por las instituciones se generará información que servirá como indicadores nacionales tales como: delincuenciales, de mercado, de justicia, de buenas prácticas, de medidas de control, de coordinación y de legislación, de reducción de la demanda y epidemiológicos. Estos dos últimos indicadores brindarán información clave en materia de reducción de la demanda, ya que por ejemplo el indicador de reducción de la demanda aportará datos sobre medidas preventivas universales, selectivas e indicadas; tratamientos a drogodependientes; y, reinserciones sociales. Por su parte, el indicador epidemiológico proporcionará información respecto a los resultados de encuestas a la población general; resultados de encuestas a jóvenes; indicador de demanda de tratamiento; consumo problemático de drogas; enfermedades infecciosas relacionadas con las drogas; sistema de alerta temprana; intoxicaciones por drogas; muertes relacionadas con drogas y mortalidad entre los consumidores; resultados de pruebas de laboratorios y estudios bioquímicos; y, sistema epidemiológico de alerta temprana.

Todo lo anterior, reúne los principales esfuerzos que se han llevado a cabo y se siguen realizando orientados por la PNCATID, para poder contar con datos estadísticos que principalmente reflejen los niveles de consumo de drogas ilícitas en Guatemala.

## CAPÍTULO III

### Déficits y desafíos para implementar eficazmente las políticas de reducción de la demanda de drogas en Guatemala

---

#### 3.1 Obstáculos principales en la implementación de las políticas

Tomando en cuenta la legislación nacional e internacional y los principales esfuerzos y resultados de las acciones realizadas por las distintas entidades a cargo de la reducción de la demanda de drogas en Guatemala, que han estado basados en los lineamientos del Plan Nacional Antidrogas 1999-2003, de la Estrategia Nacional Contra las Drogas 2004-2008 y de la Política Nacional Contra las Drogas y el Tráfico Ilícito de Drogas formulada en 2009 –PNCATID- (vigente hasta el momento); se describen y analizan los principales obstáculos que han impedido la implementación eficaz y eficiente de los objetivos, estrategias y líneas de acción de dichos instrumentos en materia de reducción de la demanda.

##### 3.1.1 Escaso presupuesto

Como se evidenció en el capítulo anterior, en cada uno de los instrumentos analizados no se asignó un presupuesto específico para la ejecución de los mismos. Sino que, bajo el principio de corresponsabilidad o responsabilidad compartida, se utiliza la asignación presupuestal de cada una de las instituciones responsables en la reducción de la demanda que proviene del Presupuesto General de Ingresos del Estado; además existen fuentes de financiamiento externas que proceden principalmente de las Agencias Internacionales de Cooperación.

Por esta razón, las estrategias y acciones en relación a la reducción de la demanda dependen del presupuesto que cada institución nacional e internacional les asigne, siendo éste insuficiente para ejecutarla eficientemente.

Además, se evidenció que existe una clara prioridad en otorgar mayor presupuesto a la reducción de la oferta que a la reducción de la demanda, es por lo mismo que no se cuentan con los recursos financieros, humanos y materiales necesarios para poder llevar a cabo todas las acciones planteadas. Este hecho fue reafirmado por los entrevistados tanto del Ministerio de Educación como de la Policía Nacional Civil, lo cual refleja la poca voluntad política que existe en brindar mayor apoyo a la reducción de la demanda.

Por ejemplo, la Ley de Extinción de Dominio aprobada en el año 2010, distribuye los bienes y demás recursos extinguidos a las principales instituciones responsables de la reducción de la oferta de drogas en Guatemala. Dejando sin beneficio a las instituciones responsables de la demanda de drogas.

### **3.1.2 Insuficientes programas de prevención y tratamiento con poca cobertura**

Claramente, el escaso presupuesto redundaba en insuficientes programas de prevención, tratamiento y rehabilitación del consumo de drogas con muy poca cobertura, aspecto también sustentado por los entrevistados del Ministerio de Educación como de la Policía Nacional Civil.

En relación a los programas de prevención que se han llevado a cabo durante los últimos diez años, se observa que no han sido suficientes en cuanto a la cantidad de población esperada, además la cobertura sigue siendo muy limitada. Asimismo, existen ciertas poblaciones clave que no cuentan con programas específicos de prevención del uso y abuso de drogas, tales como la población carcelaria, la población migrante y la población universitaria.

Respecto al tratamiento y rehabilitación del consumo de drogas, también la cobertura es muy limitada así como la oferta de instituciones gubernamentales que atienden a las personas con padecimientos relacionados al consumo de drogas. Tampoco existe una institución gubernamental que interne a los pacientes drogodependientes para que les brinde tratamientos de rehabilitación dentro de los mismos. Por ello, muchas personas prefieren acudir a los establecimientos privados, ya que existe una gran cantidad de estos que cuentan con diferentes tipos de tratamientos y terapias, pero son muy pocos los que realmente brindan un servicio de buena calidad.

### **3.1.3 Escasa evaluación sistemática y constante de los programas de prevención y tratamiento**

Otro gran obstáculo que ha impedido poder llevar a cabo eficazmente los programas de prevención y tratamiento, es que muy pocas veces han sido evaluados.

En el caso de los programas de prevención del consumo de drogas, escasamente se han evaluado algunos de ellos. El problema radica básicamente en que sin la evaluación de todos los programas a nivel nacional, de forma sistemática y periódica no se sabe si realmente se han alcanzado los objetivos propuestos en los instrumentos planteados; es decir, no se tiene conocimiento del impacto de los mismos y por lo tanto, no hay posibilidad de reorientarlos para mejorar su implementación. En este caso es la SECCATID la encargada de realizar el monitoreo y evaluación de los programas, sin embargo no cuenta con la disponibilidad de recursos necesarios para realizar esta difícil tarea.

Por otro lado, respecto al tratamiento y rehabilitación del uso y abuso de drogas, es el Departamento de Regulación, Acreditación y Control de Establecimientos de Salud –DRACES-, del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social –MDSPAS-, es el encargado de verificar la calidad de la oferta de los tratamientos que ofrecen los Centros

de Atención Integral a Personas con Adicciones –CAIPA-, verificando que se cumplan las Normas Mínimas para Centros de Atención a Personas con Problemas Derivados del Consumo de Sustancias Adictivas.

Sin embargo, tal y como se describió en el capítulo anterior, las visitas que se han realizado han sido realmente muy pocas y esporádicas y no determinan un diagnóstico claro a nivel nacional de la verdadera calidad de los servicios que brindan estos centros. Incluso, se ha denunciado que en varios de estos lugares se violan los derechos humanos de los pacientes.

### **3.1.4 Ausencia de estudios amplios y descriptivos sobre los niveles de consumo y otros indicadores**

El último obstáculo que se analiza es la ausencia de estudios amplios y descriptivos sobre los niveles de consumo y otros indicadores relacionados. Lo cual no permiten conocer realmente la magnitud del problema, puesto que es necesario que los estudios se realicen de forma anual para poder realizar comparaciones medibles y determinar con certeza por ejemplo sobre cuánto ha aumentado el porcentaje de consumo de drogas en las distintas poblaciones y sobre la cantidad de pacientes que se atienden al mes por problemas asociados a las drogas.

Como se describió en el capítulo anterior, la Primera Encuesta Nacional en Hogares sobre Salud, Consumo de Alcohol, Tabaco y Otras Sustancias Adictivas realizada en el año 2005, constituye la única encuesta que se ha realizado en Guatemala, la cual ha sido la más completa y general sobre la materia. Ha habido muchas otras, pero la mayoría se han enfocado en la población estudiantil.

Además, la debilidad en la coordinación interinstitucional ha originado que la información que sirve de base para los datos estadísticos no se integre de forma sistemática, puesto que no existe documentación que detalle permanentemente sobre los programas que se han realizado y siguen realizándose y además los informes que se presentan contienen información incompleta, imprecisa, dispersa y a veces hasta confusa y ni están formulados con un formato previamente definido.

Respecto a los registros específicamente que debe llevar a cabo el MSPAS, son muy escasos porque no existe un sistema nacional que genere información respecto a los pacientes que se atienden en los establecimientos aptos para proporcionar tratamiento y rehabilitación del consumo de drogas y que además registre otro tipo de información clave para conocer la realidad de la problemática.

Todo ello ha afectado directamente en las estrategias y programas de prevención, tratamiento y rehabilitación que se han implementado puesto que al no contar con datos estadísticos claros, los esfuerzos no se han enfocado donde realmente se necesitan.



Sin embargo, con la Red de Sistema de Información sobre Drogas, creada en este año y dirigida por el Observatorio Nacional sobre Drogas –OND- de la SECCATID, se espera que por lo menos este obstáculo se empiece a enfrentar, en lo que la Red empieza a funcionar al cien por ciento.

### **3.2 Desafíos prioritarios para lograr mejores resultados**

Guatemala debe enfrentar varios desafíos para lograr mejores resultados en materia de reducción de la demanda, y uno de ellos es encontrar la solución de los distintos obstáculos descritos anteriormente; es decir, lograr que a las políticas se les asigne un presupuesto adecuado y suficiente, que permita contar con más y mejores programas de prevención del consumo de drogas y ampliar su cobertura; que dichos programas sean evaluados sistemática y constantemente; además, que se fortalezca la coordinación interinstitucional y que se realicen frecuentemente estudios amplios y descriptivos sobre los niveles de consumo y otros indicadores relacionados o de otra forma las medidas empleadas no alcanzarán el éxito que tanto se desea.

Por otra parte, existe otro desafío muy importante que actualmente se encuentra en debate tanto en el plano nacional como internacional; el cual consiste en tomar la decisión de continuar con el paradigma prohibicionista, hacerle ciertas modificaciones o cambiar el enfoque de la lucha contra el narcotráfico a través del paradigma de desregulación, también llamado de regulación del mercado de drogas, integralista, legalista, entre otros, según el enfoque que se le imprima.

Sobre este paradigma de acuerdo a la Comisión Global de Políticas de Drogas -CGPD- se han desarrollado varios enfoques, que principalmente expresan la necesidad de que las “políticas de drogas deben basarse en los principios de derechos humanos y salud pública”, teniendo como principal medida de éxito “la reducción de daños a la salud, a la seguridad y al bienestar de los individuos “(2011, p. 5).

Estos enfoques, refuerzan la idea central de tratar el problema de las drogas de forma integral, lo cual no implica abandonar la aplicación de la ley, sino más bien, complementar las medidas para reducir la oferta y la demanda de drogas. Todo esto implica, equilibrar esfuerzos con programas de desarrollo alternativo para los agricultores y apoyar la rehabilitación y la reinserción de los consumidores (ONUDD, 2012a). Y principalmente, implican invertir más en esfuerzos para prevenir “que los jóvenes usen drogas en primer lugar, y que impidan que los usuarios experimentales se conviertan en usuarios problemáticos o dependientes” (CGPD, 2011, p.16).

La CGPD (2011) exhorta a los gobiernos a experimentar con modelos de regulación legal de las drogas aplicados especialmente a la marihuana y a experimentar en nuevos tratamientos asistidos con drogas legales e ilegales como la heroína y a implementar programas de intercambio de jeringas, entre otras sugerencias.

Para reforzar sus propuestas, este nuevo paradigma se apoya en experiencias exitosas de países como Portugal donde “la eliminación de castigos penales, combinada con el uso de respuestas terapéuticas alternativas para las personas que luchan con la dependencia a drogas, ha reducido la carga de la aplicación de la ley de drogas en el sistema de justicia penal y el nivel global de uso problemático de drogas” (Hughes y Stevens, 2010 en CGPD, 2011 p. 10). Y de estudios comparativos tales como el realizado entre las ciudades de Ámsterdam y San Francisco, en el cual se establece que los hallazgos encontrados “no confirman las afirmaciones de que la criminalización reduce el uso de cannabis y que la descriminalización aumenta el uso” del mismo (Reinarman, et. al., en CGPD, 2011; 10).

Asimismo, este paradigma conlleva al desafío de que los gobiernos desarrollen opciones alternativas a la cárcel para los pequeños infractores o “enmendar sus leyes para establecer una distinción más clara y proporcionada entre los distintos tipos de actores en el mercado de drogas” (CGPD, 2011, p. 16).

Otra característica importante del nuevo paradigma, es que señala una serie de indicadores nuevos para demostrar los resultados de las políticas implementadas, de acuerdo a los daños o beneficios para las personas y las comunidades, por ejemplo: “el número de víctimas de violencia e intimidación relacionadas con el mercado de drogas; el nivel de corrupción generada por los mercados de drogas; el nivel de delitos menores cometidos por usuarios dependientes; los niveles de desarrollo social y económico en comunidades en las que se concentra la producción, venta o consumo de drogas; el nivel de dependencia a drogas en las comunidades; el nivel de muertes por sobredosis” entre otros (CGPD, 2011, p. 13).

Ante el impulso de las reflexiones basadas en el nuevo paradigma, se ha reforzado la idea de que la lucha contra las drogas de forma represiva es insuficiente para contener todas las implicaciones que acarrea esta problemática, poniendo en entredicho la efectividad del paradigma prohibicionista, el cual otorga un énfasis muy fuerte a la reducción de la oferta de drogas, a través de controles represivos.

Ya que como se observa, en Guatemala tanto el Plan Nacional Antidrogas 1999-2003, la Estrategia Nacional Contra las Drogas 2004-2008 y la Política Nacional Contra las Drogas y el Tráfico Ilícito de Drogas–PNCATID- y las anteriores políticas y estrategias antidrogas que se han implementado en el país, han estado regidos por el paradigma prohibicionista, que data desde hace 51 años con el inicio de la Convención Única de las Naciones Unidas sobre Estupefacientes de 1961 y “después que el Presidente Nixon lanzara la guerra a las drogas del gobierno norteamericano” (CGPD, 2011, p. 2).

Las políticas antidrogas orientadas por el paradigma prohibicionista, de acuerdo a la Comisión Global de Políticas de Drogas -CGPD- (2011), destinan grandes recursos a la criminalización y a medidas represivas para los productores, traficantes y consumidores de

drogas y sin embargo, han fracasado en reducir de forma eficaz la oferta y demanda de drogas ilegales. Situación que es originada porque muchos de los castigos son desproporcionados con la gravedad del delito y no han tenido efectos disuasivos significativos.

Además, cabe destacar que en el paradigma prohibicionista “Los esfuerzos de aplicación de la ley pueden tener un considerable impacto negativo en la naturaleza y extensión de los daños asociados con las drogas al (involuntariamente) incrementar las amenazas a la salud pública y la seguridad pública, y alterar tanto el comportamiento de los propios usuarios de drogas como la estabilidad y funcionamiento de los mercados de drogas (por ejemplo, al desplazar a los vendedores y actividades relacionadas a otro lugar o al aumentar la incidencia de violencia cuando los vendedores desplazados chocan con los establecidos)” (McSweeney, Turnbull y Hough, 2008, en CGDP, 2009 p.15).

En relación a lo anterior, Guatemala posee uno de los más altos niveles de violencia relacionados al narcotráfico, con el 42% de las 6 mil muertes que se producen cada año (AFP, A., 2012). Esto se debe a que por su ubicación geográfica, Guatemala se ha convertido en una ruta estratégica para transitar drogas ilícitas desde Suramérica hacia los Estados Unidos, por ejemplo el 90% del flujo de cocaína pasa por Guatemala antes de pasar por el territorio mexicano y terminar finalmente a los Estados Unidos (ONUDD, 2012b). Incluso, se considera que Guatemala pasó de ser un país de tránsito, a una bodega, luego a un lugar de consumidores y ahora probablemente a ser uno de fabricación (Prensa Libre, 2012a).

Por ello, el Presidente Otto Pérez Molina recientemente ha propuesto tratar el problema de la droga desde la perspectiva de la salud pública y de forma integral ofrecer “tratamiento, prevención, protección social, opciones económicas y desarrollo para las comunidades involucrados en los mercados de las drogas” (Contreras, 2012). Es decir, enfocado en el paradigma de desregulación. Asimismo, el Presidente ha criticado la estrategia tradicionalmente utilizada por Estados Unidos en la lucha contra el narcotráfico, al señalar que dicha “estrategia ha fracasado y sumido a la región centroamericana en una ola de violencia sin precedentes” (AFP, A., 2012).

Además, el Mandatario hace unos meses instó a los Estados miembros de la ONU a revisar la normativa internacional que gobierna actualmente la política global con respecto a las drogas (AP, 2012), enfatizando que “la Convención Única de 1961, y los protocolos adicionales de 1971 y 1988, deben ser evaluados por sus resultados y actualizados, de tal manera que nos permitan alcanzar las metas deseadas” (AP, 2012, p. 1).

Respecto a lo anterior, Francisco Thoumi (2009), establece que las convenciones internacionales representan una camisa de fuerza que impiden formular políticas nacionales sobre drogas contrarias al paradigma prohibicionista. Incluso, los países

pueden crear normas más restrictivas, pero no más blandas. Por lo tanto, la producción de drogas debe ser controlada para que su uso se limite a fines médicos y científicos, de lo contrario junto al tráfico de drogas ilegales deben ser criminalizados. Por otro lado, es posible la creación de políticas más flexibles en cuanto al consumo de drogas ilegales, tomando en cuenta aspectos de salud pública.

Sin embargo, añade Thoumi “no hay opciones de liberalizar un mercado definido como ilegal” Aún así, algunos países desarrollados pueden experimentar con políticas más flexibles que los países pobres que necesitan ayuda externa para luchar contra las drogas y por ello, “están obligados a ajustarse más estrechamente a las normas internacionales” (2009, pp.16 y 17).

Ante tal situación, los mandatarios actuales de México, Belice, Costa Rica y Honduras concuerdan con el Presidente de Guatemala en la necesidad de “revisar el enfoque mantenido hasta ahora por la comunidad internacional en materia de drogas”, solicitando a más tardar la celebración de una sesión especial de la Asamblea General de la ONU en el 2015, en la cual se evalúen las limitaciones de las políticas antidrogas actuales

Así también, los mandatarios de dichos países manifiestan estar de acuerdo en legalizar el uso de algunas drogas como la marihuana, apoyando de cierta manera lo que actualmente sucede en Uruguay, en donde el Congreso de ese país se encuentra en discusión para aprobar una iniciativa de ley que permite al gobierno regular la producción y venta de marihuana. Al respecto, es importante hacer notar que la semana pasada “los estados de Colorado y Washington se convirtieron en las primeras jurisdicciones políticas en el continente en legalizar el uso recreativo de marihuana” (AFP, 2012, p. 40).

Por lo tanto, para el Estado de Guatemala, constituye un gran reto elegir sobre alguno de estos paradigmas tomando en cuenta todas las implicaciones que conlleve dicha elección, para desarrollar políticas relacionadas a la reducción de la demanda de drogas coherentes a la coyuntura existente, puesto que el narcotráfico ha generado ya múltiples efectos negativos en el país.

## CONCLUSIONES

---

1. Durante los últimos diez años, Guatemala ha elaborado y puesto en marcha tres instrumentos nacionales antidrogas, tales como el Plan Nacional Antidrogas 1999-2003, la Estrategia Nacional Contra las Drogas 2004-2008 y la actual Política Nacional Contra las Drogas y el Tráfico Ilícito de Drogas –PNCATID-. Los cuales poco a poco han ido favoreciéndose de la normativa nacional e internacional básica y de la institucionalidad esencial para regular las funciones y promover las acciones encaminadas a la reducción de la demanda de drogas en el país.
2. Tomando en cuenta las consecuencias generadas del narcotráfico y demás actividades conexas, es muy valioso que Guatemala cuente con una entidad como la Secretaría Ejecutiva de la Comisión contra las Adicciones y el Tráfico Ilícito de Drogas -SECCATID-, como órgano rector para coordinar la implementación de las políticas, programas y proyectos nacionales antidrogas, ya que posee una estructura bien articulada enfocada en la investigación, prevención, tratamiento y rehabilitación de las adicciones a las drogas tanto legales como ilegales y a la prevención de las acciones ilícitas vinculadas con el narcotráfico.
3. Existe notoriamente un mayor interés político en darle prioridad a las acciones y medidas en materia de reducción de la oferta de drogas, lo cual se refleja en el presupuesto que se le asigna anualmente a esta área. No obstante, se comprende que dicha situación ocurra en el país, ya que desde hace varias décadas a nivel mundial se ha estado enfrentado una lucha contra las drogas que se caracteriza por ser represiva y frontal, apoyada tanto por la legislación internacional y nacional en la materia.
4. El poco interés que se brinda a las acciones para la reducción de la demanda de drogas, implica que el presupuesto que se le asigna cada año sea insuficiente. Además, es útil aclarar que dicho presupuesto proviene de las aportaciones de las instituciones responsables que trabajan en la materia bajo el principio de responsabilidad compartida y de las contribuciones de la cooperación internacional.

Por ello, esta área cuenta con un presupuesto muy limitado para invertir tanto en más y mejores programas de prevención del uso y abuso de drogas como en servicios de tratamiento y rehabilitación de las adicciones; y así también en el fortalecimiento de las capacidades institucionales que permitan evaluar conscientemente todas las acciones que se implementan y realizar los estudios necesarios para conocer las condiciones reales de la problemática de las drogas.

5. El debate nacional que existe actualmente en el país de enfrentar el problema del narcotráfico en el país y de las otras actividades ilícitas que se le vinculan, no se debe principalmente a los niveles de consumo de droga en Guatemala, los cuales aunque es probable que hayan aumentado en estos últimos diez años son aún bajos en comparación con el consumo que existe en otras naciones.

Dicho debate se debe a que para el país es ya imposible controlar la violencia y la criminalidad relacionada principalmente al narcotráfico con medidas represivas y además recientemente se ha evidenciado que ya no solamente se almacena y se consume la droga sino también se está fabricando. Consecuentemente, enfrentar al narcotráfico con ciertos enfoques del paradigma de desregulación de las drogas implica un gran reto, ya que es prioritaria la necesidad de encontrar un consenso a nivel internacional para poder tomar disposiciones conjuntas que estén un poco más apartadas del paradigma prohibicionista que hasta el momento impera.

## RECOMENDACIONES

---

1. Es necesario otorgar mayor interés en la reducción de la demanda de drogas para que la prioridad no sólo sean los esfuerzos relacionados a la reducción de la oferta de drogas en Guatemala. Ese mayor interés debería reflejarse en un aumento sustancial del presupuesto que se le asigna anualmente a esta área.
2. Se deben establecer mecanismos claros de coordinación entre las distintas entidades encargadas de velar por la reducción de la demanda en el país.
3. Los programas de prevención del uso y abuso de drogas, deben estar dirigidos principalmente a poblaciones focalizadas; es decir, según el grupo de riesgo y sexo al que pertenezcan. Para que sean atendidos de manera que se les imparta la educación preventiva específica que realmente necesitan. Se sugiere enfocar la atención a poblaciones como los privados de libertad, los que presentan situación de calle y los jóvenes adultos, puesto que son los que manifiestan mayor consumo de drogas ilegales en el país.

Por ello, se recomienda reglamentar los programas que se aplican en Guatemala para institucionalizar los mismos y regir el procedimiento adecuado para evaluar su impacto. De tal forma que todas las acciones correspondan a las necesidades de las distintas poblaciones en riesgo y así mismo encajen dentro de las estrategias de la Política Nacional Contra las Adicciones y el Tráfico Ilícito de Drogas.

4. Es muy importante que el tratamiento y rehabilitación de las adicciones a las drogas, principalmente las ilegales, respondan también a las necesidades de las poblaciones afectadas, para que se ofrezcan tratamientos adecuados según el grado de adicción que presenten los pacientes. Además, es necesario que exista una entidad pública que brinde tratamientos de rehabilitación porque los que existen no están especializados para ello; lo cual obliga a las personas a recurrir a las entidades privadas que sí atienden estos casos.
5. Debido a la reciente creación de la Red de Sistema de Información sobre Drogas, se exhorta a las instituciones involucradas y responsables que brinden la información que se les solicita para poder contar con datos estadísticos certeros en materia de reducción de la demanda de drogas y así poder reorientar las estrategias y ejecutar mejores programas de prevención y tratamiento del consumo de éstas.

## ANEXOS

### 1. Matriz de instituciones nacionales responsables de la reducción de la demanda

No.	Institución	Misión	Funciones y/o atribuciones	Coordinación interinstitucional
<b>REDUCCIÓN DE LA DEMANDA DE DROGAS</b>				
1	<p><b>Comisión Contra las Adicciones y el Tráfico Ilícito de Drogas -CCATID-</b></p> <p><b>-Secretaría Ejecutiva de la Comisión Contra las Adicciones y el Tráfico Ilícito de Drogas - SECCATID-</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estudiar y decidir las políticas nacionales para la prevención y tratamientos de las adicciones y además para la prevención de las acciones ilícitas vinculadas con el tráfico de drogas en todas sus formas y actividades conexas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Planificar, diseñar y coordinar la ejecución de políticas y estrategias de prevención y tratamiento de las adicciones y alcoholismo.</li> <li>• Coordinar las campañas y acciones que cada ministerio y entidad que forman la comisión debe ejecutar en el ámbito de su Competencia.</li> <li>• Dar seguimiento a los acuerdos firmados por Guatemala en la materia.</li> <li>• Mantener contactos con los gobiernos extranjeros y entidades internacionales y adelantar gestiones para coordinar la acción nacional con la de otros estados y obtener la asistencia que fuera del caso.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• MINEDUC</li> <li>• Ministerio de Cultura y Deportes</li> <li>• Ministerio de Trabajo y Previsión Social</li> <li>• Ministerio de la Defensa Nacional</li> <li>• Ministerio de Relaciones Exteriores - MINEX-</li> <li>• MSPAS</li> <li>• PNC</li> <li>• Dirección General del Sistema Penitenciario</li> <li>• Sección de Asuntos Narcóticos -NAS- de la Embajada de EEUU</li> <li>• Fundación Azteca</li> <li>• Organismos Gubernamentales y no Gubernamentales</li> <li>• Universidades del país</li> <li>• Municipalidades</li> <li>• Empresa Privada</li> <li>• Iglesias</li> <li>• Confederación Deportiva</li> </ul>
2	<p><b>Ministerio de Educación -MINEDUC-</b></p> <p><b>-Dirección General de Gestión de Calidad Educativa, -DIGECADE-</b></p> <p><b>Departamento de Programas y Proyectos</b></p> <p><b>Dirección General de Educación Física -DIGEF-</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Propiciar oportunidades para que los y las docentes del subsistema de educación escolar, puedan brindar una educación con calidad y que responda al contexto sociocultural, a través de la formación, asistencia técnica y dotación de materiales educativos y textos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Velar por la implementación del Currículo Nacional Base, en cada uno de los niveles, modalidades, programas y proyectos de los subsistemas escolar.</li> <li>• Coordinar la entrega de la colaboración inter e intra-institucional en el ámbito de la calidad educativa en los subsistemas escolar y extraescolar; promoviendo programas y proyectos de educación: estética, en valores, sexual, especial, formación para la vida saludable y en la comunidad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SECCATID</li> <li>• MINEDUC</li> <li>• PNC</li> <li>• Fundación Azteca</li> <li>• Sección de Asuntos Narcóticos -NAS- de la Embajada de EEUU</li> </ul>
3	<p><b>Ministerio de Gobernación</b></p> <p><b>Dirección General de la Policía Nacional Civil -PNC-</b></p> <p><b>-Subdirección General de Prevención del Delito</b></p> <p><b>• Departamento Especializado en Niñez y Adolescencia</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proteger la vida, la integridad física, la seguridad de las personas y sus bienes, el libre ejercicio de los derechos y libertades, así como prevenir, investigar y combatir el delito preservando el orden y la seguridad pública.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implementar los programas y proyectos en relación a la prevención de drogas en los niños y adolescentes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SECCATID</li> <li>• MINEDUC</li> <li>• Sección de Asuntos Narcóticos -NAS- de la Embajada de EEUU</li> </ul>
4	<p><b>Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social -MSPAS-</b></p> <p><b>-Dirección General de Regulación, Vigilancia y Control de la Salud -DGRVCS-</b></p> <p><b>• Departamento de Regulación, Acreditación y Control de Establecimientos de Salud -DRACES-</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Garantizar el ejercicio del derecho a la salud de las y los habitantes del país, ejerciendo la rectoría del sector salud a través de la conducción, coordinación, y regulación de la prestación de servicios de salud, y control del financiamiento y administración de los recursos, orientados al trato humano para la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, recuperación y rehabilitación de las personas, con calidad, pertinencia cultural y en condiciones de equidad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaborar las normas técnicas para la vigilancia, control, supervisión y evaluación de los programas relacionados con la atención a las personas, además debe dictar los lineamientos para el registro, acreditación y autorización de los servicios de salud; así como la aplicación de sanciones por la comisión de infracciones sanitarias.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SECCATID</li> <li>• Organismos no gubernamentales</li> <li>• MINEDUC</li> </ul>

Fuente: Elaboración propia en base a información incluida dentro del estudio.



## 2. Cuestionario de preguntas básicas

DIGI/SEGEPLAN.SEPTIEMBRE 2012

### REDUCCIÓN DE LA DEMANDA DE DROGAS EN GUATEMALA

#### CUESTIONARIO (preguntas básicas)

1. ¿Cuál es el marco legal en el cual la institución fundamenta la labor que realiza?
2. ¿Cuál es la misión de la institución?
3. ¿Cuáles son las principales funciones de la institución en relación a la reducción de la demanda de drogas (prevención y tratamiento)?
4. ¿Cuáles son las principales estrategias para la reducción de la demanda de drogas (prevención y tratamiento)?
5. ¿Cuáles son las líneas de acción (programas/planes/proyectos) implementadas para alcanzar los objetivos?
6. ¿Cuál es el presupuesto que la institución posee para la reducción de la demanda de drogas (prevención y tratamiento)?
7. ¿Actualmente existe algún tipo de programa o proyecto para el fortalecimiento institucional? Especifique.
8. ¿Con qué otras instituciones u organizaciones existe coordinación para alcanzar las estrategias e implementar las líneas de acción? Especifique los programas o proyectos.
9. ¿Existe cooperación internacional que ayude a la institución en esta materia? Especifique las instancias, los programas/planes/proyectos y los montos.
10. ¿Cuáles han sido los resultados de los últimos años (2008-2012) de las líneas de acción (programas/planes/proyectos) ejecutadas?
11. ¿Cuáles son las estadísticas de consumo de drogas que actualmente posee la institución?
12. ¿Cuáles han sido los obstáculos y desafíos encontrados al implementar las líneas de acción?

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

- ACAN-EFE. (2012, 20 de agosto). Guatemala ratifica incorporación a la Operación Martillo contra narco. Prensa Libre. Guatemala. Extraído el 17 de septiembre de 2012 desde [http://www.prensalibre.com/noticias/justicia/Guatemala-suma-operativo-antidrogas\\_0\\_758924269.html](http://www.prensalibre.com/noticias/justicia/Guatemala-suma-operativo-antidrogas_0_758924269.html)
- AFP, Agencia. (2012, 2 de octubre). Pérez: *Regularización de drogas ebe ser consensuada no impuesta*. Prensa Libre. Guatemala. Extraído el 3 de octubre de 2012 desde [http://www.prensalibre.com/noticias/justicia/Guatemala-ONU-buscar-paradigmas-antidrogas\\_0\\_784724912.html](http://www.prensalibre.com/noticias/justicia/Guatemala-ONU-buscar-paradigmas-antidrogas_0_784724912.html)
- AFP. (2012, 13 de noviembre). *Región pide nueva política antidrogas. Analizan legalización de la marihuana*. Prensa Libre. Guatemala.
- AP. (2012, 27 de septiembre). ONU: Presidentes latinoamericanos cuestionan política antidroga. *El Nuevo Herald*, pág. 1. México. Extraído el 2 de octubre de 2012 desde <http://www.elnuevoherald.com/2012/09/27/1309328/onu-presidentes-cuestionan-politica.html>
- Archila, Omar. (2012a, 29 de enero). *Funcionan cien hogares autorizados. Difícil salida a un infierno*. Prensa Libre. Guatemala. Recuperado el 22 de octubre de 2012, de <https://docs.google.com>.
- Comisión contra las Adicciones y el Tráfico Ilícito de Drogas -CCATID-. (1999). *Plan Nacional Antidrogas 1999-2003*. Guatemala.
- Comisión Global de Política de Drogas -CGPD-. (2011). *Guerra contra las drogas. Informe de la Comisión Global de Política de Drogas*.
- Comisión Interamericana para el Control de Abuso de Drogas -CICAD-. (2006). *Evaluación del Progreso de Control de Drogas, Guatemala 2005-2006*. Organización de los Estados Americanos -OEA-.
- Comisión Interamericana para el Control de Abuso de Drogas -CICAD-. (2010). *Evaluación del Progreso de Control de Drogas, Guatemala 2007-2009*. Organización de los Estados Americanos -OEA-.
- Comisión Interamericana para el Control de Abuso de Drogas -CICAD-. (2011). *Evaluación del Progreso de Control de Drogas, Guatemala 2007-2009*. Organización de los Estados Americanos (OEA).
- Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas -CICAD-. (2009). *Implementación de Recomendaciones de la Cuarta Ronda de Evaluación Guatemala 2005-2006*. Organización de los Estados Americanos (OEA).
- Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas -CICAD-. (2012). *Implementación de Recomendaciones de la Quinta Ronda de Evaluación 2007-2009, Guatemala*. Organización de los Estados Americanos (OEA).

Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas -CICAD-, (2011). *Estrategia Hemisférica sobre Drogas, Plan de Acción 2011-2015*. Paramaribo, Suriname.

Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas -CICAD-. (2003). *Evaluación del Progreso de Control del Drogas, Guatemala 2001-2002*. Organización de los Estados Americanos (OEA).

Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas -CICAD-. (2004). *Evaluación del Progreso de Control del Drogas, Guatemala 2003-2004*. Organización de los Estados Americanos (OEA).

Contreras, G. (2012, 26 de septiembre). *Pérez Molina: El narcotráfico es un problema de salud pública*. Prensa Libre . Guatemala . Extraído el 2 de octubre de 2012 desde [http://www.prensalibre.com/noticias/politica/Perez-espera-eco-propuesta-ONU\\_0\\_781122047.html](http://www.prensalibre.com/noticias/politica/Perez-espera-eco-propuesta-ONU_0_781122047.html)

Declaración sobre los principios rectores de la reducción de la demanda de drogas, Resolución S-20/3 de la Asamblea General de la ONU, 9ª sesión plenaria, 10 de junio de 1998.

EFE. (2012, 28 de agosto). *La mitad de los escolares guatemaltecos han probado marihuana, según estudio*. La Tribuna. Honduras. Recuperado el 23 de septiembre de 2012, de <http://www.latribuna.hn/2012/08/28/la-mitad-de-los-escolares-guatemaltecos-han-probado-marihuana-segun-estudio/>

García, Yody. (2012, 27 de octubre). *Dos formas de afrontar la drogadicción como un problema de salud*. Diario La Hora. Recuperado el 2 de noviembre de 2012, de <http://www.lahora.com.gt/index.php/nacional/guatemala/reportajes-y-entrevistas/167666-dos-formas-de-afrontar-la-drogadiccion-como-un-problema-de-salud>.

Instituto Costarricense sobre Drogas, -ITC- (2007). *Consumo de drogas y tratamiento*. Recuperado el 3 de septiembre de 2012, de [http://www.icd.go.cr/sitio//index2.php?option=com\\_content&do\\_pdf=1&id=60](http://www.icd.go.cr/sitio//index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=60)

Méndez V., Claudia. (2012, 5 de marzo). *Salud cuenta con registro limitado de pacientes que padecen adicciones*. elPeriódico. Guatemala. Recuperado el 22 de octubre de 2012, de <http://www.elperiodico.com.gt/es/20120305/pais/208996/>.

Observatorio Nacional sobre Drogas -OND-. (2012, 18 de octubre). Red de Información. SECCATID. Guatemala. Recuperado el 28 de octubre de 2012, de <http://prezi.com/zygobrrcxqq2/red-de-informacion/>

Oficina de Derechos Humanos del Arzobispado de Guatemala -ODHAG-. (2005). *Décimo Informe Situación de la Niñez en Guatemala 2005*. Recuperado el 20 de septiembre de 2012, de <https://docs.google.com>

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito -ONUDD-. (2000). *Demand of Reduction. A Glosary of Terms*. New York.

- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito -ONUDD-. (2012a). Informe Mundial sobre las Drogas 2012. Resumen Ejecutivo.
- Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (ONUDD). (2012b). *Delincuencia Organizada Transnacional en Centroamérica y el Caribe: Una Evaluación de las Amenazas*.
- Oficina de los Derechos Humanos del Arzobispado de Guatemala -ODAHG-. (2008). *Informe de la Situación de la Niñez y Adolescencia en Guatemala*. Guatemala.
- Prensa Libre. (2012a, 15 de agosto). Un paso más en la cadena de la droga. (Editorial). Extraído el 20 de septiembre de 2012 desde [http://www.prensalibre.com/opinion/paso-cadena-droga\\_0\\_755924411.html](http://www.prensalibre.com/opinion/paso-cadena-droga_0_755924411.html)
- Rafael, Gerardo. (2012, 10 de agosto). *Seccatid impulsa campaña para la prevención del uso de drogas*. Diario de Centro América. Recuperado el 30 de agosto de 2012, de <http://www.dca.gob.gt/index.php/template-features/item/2419-seccseccatid-impulsa-una-campa%C3%B1a-destinada-a-la-prevenci%C3%B3n-e-identificaci%C3%B3n-de-personas-adictas-a-las-drogasatid-impulsa-una-campa%C3%B1a-destinada-a-la-prevenci%C3%B3n-e-identificaci%C3%B3n-de-personas-adictas-a-las-drogas.html>
- Sandoval, Marta. (2012, 10 de julio). *¿Qué drogas se consumen en Guatemala?* el Periódico. Guatemala. Recuperado el 25 de septiembre de 2012, desde <http://www.elperiodico.com.gt/es/20110710/pais/197939>.
- Secretaría Ejecutiva de la Comisión Contra las Adicciones y el Tráfico Ilícito de Drogas -SECCATID-. (2012). *Últimos Estudios llevados a cabo por SECCATID*. Recuperado el 13 de septiembre de 2012, de <https://docs.google.com>
- Secretaría Ejecutiva de la Comisión Contra las Adicciones y el Tráfico Ilícito de Drogas -SECCATID-. (2009a). *Política Nacional Contra las Adicciones y el Tráfico Ilícito de Drogas -PNCATID-*. Guatemala.
- Secretaría Ejecutiva de la Comisión Contra las Adicciones y el Tráfico Ilícito de Drogas -SECCATID-. (2009b). *Memoria de Labores 2008-2009. Guatemala*.
- Secretaría Ejecutiva de la Comisión Contra las Adicciones y el Tráfico Ilícito de Drogas -SECCATID-. (2010). *Memoria de Labores 2010. Guatemala*.
- SESC, CONJUVE e INE. (2011). *Primera Encuesta Nacional de Juventud en Guatemala -ENJU 2011-*. Guatemala.
- Thoumi, Francisco. (2009). *La normatividad internacional sobre drogas como camisa de fuerza*. Revista Nueva Sociedad, No. 222, julio-agosto. ISSN: 0251-3552.
- Valdez, Sandra. (2012, 3 de abril). Mayoría de internos de las Gaviotas es adicto a las drogas. Justicia. Prensa Libre.com. Guatemala. Recuperado el 28 de septiembre de

2012, de [http://www.prensalibre.com/noticias/justicia/jovenes-privados-libertad-Gaviotas-drogas\\_0\\_674932728.html](http://www.prensalibre.com/noticias/justicia/jovenes-privados-libertad-Gaviotas-drogas_0_674932728.html)

Villagrán, Gustavo. (2012a, 9 de julio). *Inauguran Red de Sistema de Información sobre Drogas*. Diario de Centro América. Guatemala. Recuperado el 10 de octubre de 2012, de <http://www.dca.gob.gt/index.php/template-features/item/1115-guatemala-contara-con-informaci%C3%B3n-oportuna-para-combatir-las-drogas.html>

Villagrán, Gustavo. (2012b, 16 de julio). *Mariguana, la droga más consumida entre jóvenes*. Diario de Centro América. Guatemala. Recuperado el 25 de agosto de 2012, de <http://www.dca.gob.gt/index.php/template-features/item/1296-mariguana-la-droga-m%C3%A1s-consumida-entre-j%C3%B3venes.html>

### **Legislación internacional**

Convención de las Naciones Unidas contra el tráfico ilícito de estupefacientes y sustancias psicotrópicas, 1988.

Convención de las Naciones Unidas sobre sustancias psicotrópicas, 1971.

Convención única de las Naciones Unidas sobre estupefacientes, 1961, modificada por el protocolo de 1972.

### **Legislación nacional**

Acuerdo Gubernativo 153-2012, Reforma al Acuerdo Gubernativo 97-2009 del Reglamento sobre la Organización de la Policía Nacional Civil.

Acuerdo Gubernativo No. 143-94, que da vida a la Secretaria Ejecutiva de la Comisión Contra las Adicciones y el Tráfico Ilícito de Drogas -SECCATID-.

Código de Salud, Decreto No. 90-97.

Constitución Política de la República de Guatemala, 1985.

Ley Contra la Narcoactividad, Decreto No. 48-92 de octubre de 1992 y las modificaciones del Decreto No. 32-99 de agosto de 1999.

Ley de Educación Nacional, Decreto No. 12-91.

Ley de Protección al Menor en Situación de Riesgo de Drogadicción, Decreto No. 26-96 reformado por el Decreto No. 31-97.

Ley de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia, Decreto No. 27-2003.

Ley del Organismo Judicial, Decreto No. 2-89 y sus reformas.

Reglamento de la Comisión Contra las Adicciones y el Tráfico Ilícito de Drogas, Acuerdo Gubernativo 95-2012.

Reglamento de Normas Mínimas para Centros de Atención a Personas con Problemas Derivados del Consumo de Sustancias Adictivas, Acuerdo Ministerial SP-M-1152-2006.

Reglamento Interno de la Dirección General de Gestión de Calidad Educativa -DIGECADE-, del Ministerio de Educación -MINDUC-, Acuerdo Ministerial No. 2484.

Reglamento Orgánico Interno del Ministerio de Salud Pública y Asistencial Social, Acuerdo Gubernativo No. 115-99.