



**UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA
INDOAMÉRICA**

FACULTAD DE JURISPRUDENCIA Y CIENCIAS POLÍTICAS

CARRERA DE DERECHO

TEMA:

PROTECCIÓN JURÍDICA Y VOLUNTARIEDAD EN EL TRATAMIENTO DE
ADICCIONES: ANÁLISIS DEL MARCO LEGAL ECUATORIANO

Trabajo de Integración Curricular previo a la obtención del título de Abogada de los Tribunales y Juzgados de la República del Ecuador.

Autora:

Doménica Antonella Vallejos
Jácome

Tutor(a)

Dr. Lenin Petronio Ruales Saltos

QUITO– ECUADOR
2026

**AUTORIZACIÓN POR PARTE DE LA AUTORA PARA LA CONSULTA,
REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL, Y PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DEL
TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR**

Yo, Doménica Antonella Vallejos Jácome, declaro ser autora del Trabajo de Integración Curricular con el nombre “Protección Jurídica y Voluntariedad en el Tratamiento de Adicciones: Análisis del Marco Legal Ecuatoriano”, como requisito para optar al grado de Abogada de los Tribunales y Juzgados de la República del Ecuador y autorizo al Sistema de Bibliotecas de la Universidad Tecnológica Indoamérica, para que con fines netamente académicos divulgue esta obra a través del Repositorio Digital Institucional (RDI-UTI).

Los usuarios del RDI-UTI podrán consultar el contenido de este trabajo en las redes de información del país y del exterior, con las cuales la Universidad tenga convenios. La Universidad Tecnológica Indoamérica no se hace responsable por el plagio o copia del contenido parcial o total de este trabajo.

Del mismo modo, acepto que los Derechos de Autor, Morales y Patrimoniales, sobre esta obra, serán compartidos entre mi persona y la Universidad Tecnológica Indoamérica, y que no tramitaré la publicación de esta obra en ningún otro medio, sin autorización expresa de la misma. En caso de que exista el potencial de generación de beneficios económicos o patentes, producto de este trabajo, acepto que se deberán firmar convenios específicos adicionales, donde se acuerden los términos de adjudicación de dichos beneficios.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Quito, a los 11 días del mes de marzo del 2026, firmo conforme:

Autor: Doménica Antonella Vallejos Jácome

Número de Cédula: 1750542282

Dirección: Pichincha, Quito, Belisario Quevedo, La Gasca.

Correo Electrónico: antovallejos.1003@gmail.com

Teléfono: 0978748390

Firma:



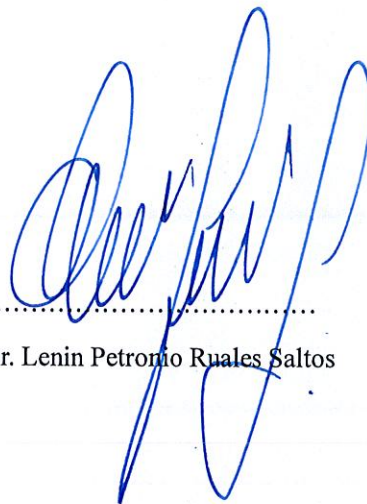
APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutor del Trabajo de Integración Curricular “PROTECCIÓN JURÍDICA Y VOLUNTARIEDAD EN EL TRATAMIENTO DE ADICCIONES: ANÁLISIS DEL MARCO LEGAL ECUATORIANO” presentado por Doménica Antonella Vallejos Jácome, para optar por el Título de Abogada de los Tribunales y Juzgados de la República del Ecuador

CERTIFICO

Que dicho Trabajo de Integración Curricular ha sido revisado en todas sus partes y considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la presentación pública y evaluación por parte los Lectores que se designe.

Quito, 11 de Marzo del 2026.



.....
Dr. Lenin Petronio Ruales Saltos

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD

Quien suscribe, declaro que los contenidos y los resultados obtenidos en el presente Trabajo de Integración Curricular, como requerimiento previo para la obtención del Título de Abogada de los Tribunales y Juzgados de la República del Ecuador, son absolutamente originales, auténticos y personales y de exclusiva responsabilidad legal y académica del autor

Quito, 11 de marzo del 2026



Doménica Antonella Vallejos Jácome
C.I. 1750542282

APROBACIÓN DE LECTORES

El Trabajo de Integración Curricular ha sido revisado, aprobado y autorizada su impresión y empastado, sobre el Tema: PROTECCIÓN JURÍDICA Y VOLUNTARIEDAD EN EL TRATAMIENTO DE ADICCIONES: ANÁLISIS DEL MARCO LEGAL ECUATORIANO, previo a la obtención del Título de Abogada de los Tribunales y Juzgados de la República del Ecuador, reúne los requisitos de fondo y forma para que el estudiante pueda presentarse a la sustentación del Trabajo de Integración Curricular.

Quito, 11 de marzo del 2026.



.....
Lcda. Yanet Nápoles Nápoles, Mg.
LECTOR



.....
Abg. Fernando Yumi Hurtado, Mg.
LECTOR

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mi hijo, por ser la razón de mi vida, acompañarme en cada uno de mis desvelos y darme la fuerza que me impulsó a no rendirme, que este logro le sirva de ejemplo de que el amor y la perseverancia es el motor fundamental para lograr grandes cosas. A mi madre, por ser mi apoyo incondicional y por no cansarse de luchar por mí contra de todo pronóstico médico y social. A mi hermano por ser incondicional conmigo, sé que hoy libras una batalla dura pero no imposible y sé que tú también saldrás adelante. A mi papá, quien, aunque muchas veces se siente invisibilizado ha sido importante en este proceso a pesar de mi rebeldía has estado para apoyarme. A mi familia materna por siempre apoyarme, brindarme su amor sincero, por enseñarme que la unión hace la fuerza.

A mis ángeles en el cielo: señor Jorge Jácome, por ser mi más grande inspiración, por los valores que dejaste marcados en esta familia hermosa a la cuál pertenezco; señora Gina Estupiñán, por ser esa segunda mamá incondicional, sé que este logro lo festejan en el cielo.

A mis compañeros de la confraternidad de Narcóticos Anónimos, les dedico este trabajo de investigación porque no es solo mi lucha contra una enfermedad crónica, progresiva y mortal, hoy en día somos muchos más viviendo un SOLO POR HOY y agradezco infinitamente a mi Poder Superior, tener a más personas que me entienden y que me ayudan en mis momentos más crónicos, sé que mientras siga este camino no tengo nada que temer, de igual manera quiero dedicar este trabajo a mi amigo y guía espiritual Galo M., sin tus sugerencias y el cariño sincero que me demostraste tal vez no seguiría en este camino de la recuperación, me enseñaste que la vida se va en un abrir y cerrar de ojos, y hay que vivirla eternamente limpios.

Con profunda hermandad, dedico este trabajo a mis hermanas de dolor, compañeras, guerreras que atravesaron conmigo la metamorfosis de mi vida en el CETAD VITANOVA, a todas aquellas que se bajaron del barco de los ganadores y a las que seguimos en este camino tengan la certeza de que la vida en recuperación si existe y funciona, que para todo hay una solución mientras no se consuma, recuerden que no están solas y mientras este en mis posibilidades tendrán una amiga, compañera de lucha y confidente con quien podrán contar.

A mi psicólogo Ronny Bossano, quien es mi referente y mi cable a tierra, quien supo sacar mi mejor versión en mis días más oscuros.

A mi Tera Cristina B., la que supo desarmarme, me dio las herramientas suficientes para poder sostenerme y nuevamente armarme de los pedazos que creí que ya no había solución, por ser mi espejo y sembrar en mí la esperanza de poder recuperarme.

Finalmente, y no menos importantes a mi segundo hogar CETAD VITANOVA, por su labor profesional y humana volví a nacer, después de quince años de dolor y sufrimiento en el mundo de la adicción activa, hoy en día soy una mujer nueva gracias al hermoso trabajo que realizaron en mí.

AGRADECIMIENTO

Agradezco en primer lugar a mi Poder Superior, ya que sin su intercesión en mi vida este logro nunca hubiera sido posible.

Agradezco profundamente a la Universidad Indoamérica y a mis docentes de la carrera de Derecho por brindarme las herramientas académicas necesarias para analizar con rigor jurídico una realidad tan humana y compleja. De manera especial, agradezco a mi tutor de trabajo de investigación, Dr. Lenin Petronio Ruales Saltos, cuya guía, apoyo y apertura fueron fundamentales para estructurar este análisis sobre la Protección Jurídica y Voluntariedad en el Tratamiento de Adicciones en el Ecuador.

Agradezco siempre por la familia única e incondicional que Dios me ha podido regalar y sin su apoyo nada de esto hubiera sido posible.

Mi gratitud se extiende al CETAD VITANOVA y a todo su equipo de profesionales. Gracias por abrirme las puertas de su institución, pero, sobre todo, por realizar una labor humana que permite a mujeres adictas, como lo es mi caso, reincorporarnos a la sociedad con una nueva voz, con objetivos claros y lo más importante con servicio para los demás.

Este trabajo es muy importante para mí, ya que va más allá de una investigación académica, es un testimonio de que la recuperación integral es posible cuando el Derecho y la humanidad caminan de la mano.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

AUTORIZACIÓN POR PARTE DE LA AUTORA PARA LA CONSULTA, REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL, Y PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR	II
APROBACIÓN DEL TUTOR.....	III
DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD	IV
APROBACIÓN DE LECTORES.....	V
DEDICATORIA.....	VI
AGRADECIMIENTO	VII
TEMA: PROTECCIÓN JURÍDICA Y VOLUNTARIEDAD EN EL TRATAMIENTO DE ADICCIONES: ANÁLISIS DEL MARCO LEGAL ECUATORIANO	XIII
RESUMEN EJECUTIVO	XIII
ABSTRACT	XIV
INTRODUCCIÓN	XV
METODOLOGÍA.....	XVI
FÓRMULA PARA EL CÁLCULO DE LA MUESTRA	XVII
<i>Cálculo de la Muestra</i>	<i>xvii</i>
JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	XVIII
DIMENSIÓN JURÍDICA Y CONSTITUCIONAL	XVIII
DIMENSIÓN SOCIAL Y DE DERECHOS HUMANOS.....	XVIII
DIMENSIÓN CLÍNICA Y SALUD PÚBLICA	XIX
DIMENSIÓN ACADÉMICA Y PROPUESTA DE LA REFORMA	XIX
DESARROLLO	XIX
MARCO REFERENCIAL	XIX
<i>Marco teórico.....</i>	<i>xix</i>
La Crisis de las adicciones en Ecuador y la ineficiencia del sistema actual. El consumo de alcohol y otras drogas afecta a la sociedad en general, pero particularmente a los consumidores y familias que, por la desesperación de ayudar a su familiar adicto, los internan en clínicas clandestinas o en las mal llamadas fundaciones sin ánimos de lucro, mismas que se aprovechan económicamente de las familias; sin contar que a las personas adictas que son internadas en este tipo de centros reciben tratos inhumanos y sus derechos son totalmente vulnerados (Chavez, 2024).....	xxiii
Enfermedad de la Adicción – Persona Adicta	xxiii

Enfermedad Mental.....	xxiv
Persona con discapacidad.	xxiv
Voluntariedad.....	xxiv
ANÁLISIS JURÍDICO DEL MARCO LEGAL ECUATORIANO: PARA LA PROTECCIÓN JURÍDICA Y VOLUNTARIEDAD DE LOS CENTROS DE TRATAMIENTO DE ADICCIONES (CETAD).	
<i>Ley Orgánica de Salud (LOS): Marco General de Derechos</i>	xxv
<i>Ley Orgánica de Prevención Integral del Fenómeno Socio Económico de las Drogas (LOPID): La Despenalización</i>	xxvii
<i>Ley Orgánica de Salud Mental y su Reglamento: El Giro Garantista</i>	xxviii
<i>El Consentimiento Informado como Garantía Sustantiva (Art. 42 LOSM): Requerimiento para internamiento. La ley es categórica al definir el consentimiento como un proceso, no un acto, en el Art.42 literal a) de la LOSM, establece lo siguiente:</i>	xxx
<i>El Internamiento Involuntario: El Último Recurso Art. 38 segundo inciso de LOSM</i>	xxx
<i>Análisis del Reglamento General a la Ley Orgánica de Salud Mental</i>	xxx
<i>Análisis Patológico</i>	xxxi
ENCUESTA SOBRE LA PERCEPCIÓN CIUDADANA DE LAS GARANTÍAS DE DERECHOS Y DIGNIDAD DE LAS PERSONAS ADICTAS AL ALCOHOL Y OTRAS DROGAS	
<i>Resultado</i>	xxxii
<i>¿Considera usted que ha consumido alcohol, drogas o sustancias estupefacientes antes de cumplir los 18 años?</i>	xxxii
<i>Análisis e interpretación.</i> Los datos muestran una alta prevalencia de consumo antes de los 18 años: 65,72% está totalmente de acuerdo y 11,61% de acuerdo, sumando 77,33% de reconocimiento. Esto sugiere inicio temprano y normalización social del consumo, con potenciales implicaciones en salud, rendimiento y riesgos posteriores. El 6,52% se mantiene neutral, lo que puede reflejar duda, ambigüedad en la pregunta o reserva para responder. En contraste, 7,08% está en desacuerdo y 9,07% totalmente en desacuerdo (16,15%), indicando un grupo sin consumo temprano. En conjunto, el hallazgo refuerza la necesidad de prevención escolar y comunitaria, y de educación familiar más intensa.	xxxiii
Tabla 2: Pregunta 2	xxxiii
<i>¿Cree usted que, cuando una persona ingresa a un centro de rehabilitación, se le explica de forma clara lo que ocurrirá durante el tratamiento y las reglas que debe cumplir?</i>	xxxiii
<i>Análisis e interpretación.</i> Los resultados evidencian una percepción mayoritariamente negativa sobre la claridad informativa al ingresar a un centro de rehabilitación. El 40,51% está totalmente en desacuerdo y el 27,48% en desacuerdo, lo que suma 67,99% y sugiere que, para la mayoría, no se explican de manera comprensible el tratamiento ni las reglas. En contraste, solo 12,46% está totalmente de acuerdo y 8,78% de acuerdo (21,24%), lo que refleja una confianza limitada en estos procesos. El 10,76% se mantiene neutral, indicando	

incertidumbre o desconocimiento. En conjunto, el hallazgo apunta a déficits de comunicación, transparencia y garantías básicas.	xxxiv
Tabla 3: Pregunta 3.	xxxiv
<i>¿Considera usted que las autoridades controlan y supervisan adecuadamente a los centros de rehabilitación para evitar maltratos o abusos?</i>	xxxiv
Análisis e interpretación. Los resultados reflejan una confianza limitada en el control estatal sobre los centros de rehabilitación. El 28,05% está en desacuerdo y el 26,91% totalmente en desacuerdo, sumando 54,96%, lo que indica que más de la mitad percibe supervisión insuficiente para prevenir maltratos o abusos. En el extremo contrario, 17,85% totalmente de acuerdo y 15,30% de acuerdo (33,15%) sugieren que un sector sí reconoce acciones de control, aunque minoritarias. El 11,90% se mantiene neutral, posiblemente por desconocimiento o falta de información verificable. En conjunto, el hallazgo apunta a una percepción social de debilidad institucional y necesidad de mayor fiscalización y transparencia.	xxxv
Tabla 4: Pregunta 4.	xxxv
<i>¿Cree usted que, en algunos centros de rehabilitación, pueden ocurrir situaciones que afecten la dignidad o el bienestar de las personas internadas?</i>	xxxv
Análisis e interpretación. Los resultados muestran una percepción ampliamente afirmativa sobre la posibilidad de vulneraciones en centros de rehabilitación. El 66,29% está totalmente de acuerdo y el 19,55% de acuerdo, sumando 85,84%, lo que evidencia que la mayoría considera plausible que ocurran situaciones que afecten la dignidad o el bienestar de las personas internadas. Este nivel de consenso sugiere una preocupación social instalada y una expectativa de riesgo asociada a estos espacios. El 4,82% se mantiene neutral, lo que puede responder a falta de información directa o cautela al opinar. En contraste, 4,25% está en desacuerdo y 5,10% totalmente en desacuerdo (9,35%), indicando una minoría que no percibe tales afectaciones como probables.	xxxvi
Tabla 5: Pregunta 5.	xxxvi
<i>¿Considera usted que, en general, las medidas aplicadas para tratar las adicciones respetan la voluntad y la integridad de las personas?</i>	xxxvi
Análisis e interpretación. Los resultados reflejan una valoración predominantemente crítica sobre el respeto a la voluntad e integridad en las medidas aplicadas para tratar adicciones. El 35,98% está totalmente en desacuerdo y el 25,78% en desacuerdo, sumando 61,76%, lo que indica que, para la mayoría, las intervenciones no garantizan plenamente un trato respetuoso y voluntario. En sentido contrario, 13,88% está totalmente de acuerdo y 12,18% de acuerdo (26,06%), evidenciando un grupo minoritario que percibe mayor respeto en los procedimientos. El 12,18% se mantiene neutral, lo que puede asociarse a desconocimiento de experiencias concretas o a percepciones mixtas. En conjunto, el hallazgo refuerza la idea de brechas entre el enfoque de derechos esperado y la práctica percibida.	xxxvii
Discusión	xxxvii

CONCLUSIONES	XLIII
RECOMENDACIÓN PARA EL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA (MSP) Y LA AGENCIA DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD (ACCESS).....	XLIV
REFERENCIAS.....	XLV

ÍNDICE DE GRÁFICOS

ECUACIÓN 1.....	XVII
ECUACIÓN 2.....	XVII
ECUACIÓN 3.....	XVIII
ECUACIÓN 4.....	XVIII
ECUACIÓN 5.....	XVIII

ILUSTRACIÓN 1 REPRESENTACIÓN GRÁFICA PREGUNTA 1	XXXIII
ILUSTRACIÓN 2 REPRESENTACIÓN GRÁFICA PREGUNTA 2.....	XXXIV
ILUSTRACIÓN 3 REPRESENTACIÓN GRÁFICA PREGUNTA 3.....	XXXV
ILUSTRACIÓN 4 REPRESENTACIÓN GRÁFICA PREGUNTA 4.....	XXXVI
ILUSTRACIÓN 5 REPRESENTACIÓN GRÁFICA PREGUNTA 5.	XXXVII

TABLA 1: PREGUNTA 1.....	XXXII
TABLA 2: PREGUNTA 2.	XXXIII
TABLA 3: PREGUNTA 3.	XXXIV
TABLA 4: PREGUNTA 4.	XXXV
TABLA 5: PREGUNTA 5.	XXXVI

UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA INDOAMÉRICA
FACULTAD DE JURISPRUDENCIA Y CIENCIAS POLÍTICAS
CARRERA DE DERECHO

**TEMA: PROTECCIÓN JURÍDICA Y VOLUNTARIEDAD EN EL TRATAMIENTO
DE ADICCIONES: ANÁLISIS DEL MARCO LEGAL ECUATORIANO**

AUTORA: Doménica Antonella Vallejos Jácome

TUTOR: Dr. Lenin Petronio Ruales Saltos

RESUMEN EJECUTIVO

La investigación analiza la problemática jurídico-social del tratamiento de adicciones en Ecuador desde un enfoque cualicuantitativo: (i) un componente cualitativo de análisis normativo sobre el marco constitucional y legal que concibe las adicciones como un asunto de salud pública y de derechos, y (ii) un componente cuantitativo mediante encuestas a ciudadanos ecuatorianos para identificar percepciones y evidencias sociales vinculadas al ingreso, trato y supervisión de centros de rehabilitación. Los resultados evidencian inicio temprano del consumo y una percepción mayoritariamente crítica respecto a la claridad informativa al ingreso, la eficacia del control estatal y el respeto a la voluntad, integridad y dignidad de las personas internadas. Estos hallazgos se discuten a la luz del contexto nacional de alta vulnerabilidad territorial frente a drogas, limitada capacidad pública especializada y necesidad de fortalecer mecanismos de prevención y garantías efectivas. Se concluye que la brecha entre norma y práctica exige control, fiscalización, protocolos claros y expansión de servicios.

DESCRIPTORES: adicciones; derechos; rehabilitación; supervisión estatal; voluntariedad.

UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA INDOAMÉRICA
FACULTY OF JURISPRUDENCE AND POLITICAL SCIENCE

Law

AUTHOR: VALLEJOS JÁCOME DOMÉNICA ANTONELLA

TUTOR: RUALES SALTOS LENIN PETRONIO

THEME

LEGAL PROTECTION AND VOLUNTARINESS IN ADICTION TREATMENT: AN
ANALYSIS OF THE ECUADORIAN LEGAL FRAMEWORK

ABSTRACT

This research examines the juridico – social challenges surrounding addiction treatment in Ecuador through a mixed qualitative – quantitative approach: (i) a qualitative component involving normative analysis of the constitutional and legal framework that conceptualizes addictions as a public health and rights issue, and (ii) a quantitative component based on surveys of Ecuadorian citizens to identify social perceptions and evidence related to admission, treatment, and oversight in rehabilitation centers. The results reveal early onset of substance use and a predominantly critical perception regarding the clarity of information provided upon admission, the efficacy of state oversight, and respect for the will, integrity, and dignity of interned individuals. These findings are discussed in light of Ecuador's national context, characterized by high territorial vulnerability to drugs, limited specialized public capacity, and the need to strengthen prevention mechanisms and effective guarantees. It is concluded that the gap between norms and practice necessitates enhanced control, oversight, clear protocols, and expansion of services.

KEYWORDS: Keywords: addictions; rights; rehabilitation; state oversight; voluntariness.

INTRODUCCIÓN

El consumo problemático de alcohol y otras drogas ha pasado de ser un problema criminal, marginal y moral, a ser reconocido como un problema de salud pública en Ecuador, así lo establece el Art. 364 de la Constitución de la República, el mismo manifiesta que:

Art. 364.- Las adicciones son un problema de salud pública. Al Estado le corresponderá desarrollar programas coordinados de información, prevención y control del consumo de alcohol, tabaco y sustancias estupefacientes y psicotrópicas; así como ofrecer tratamiento y rehabilitación a los consumidores ocasionales, habituales y problemáticos (Asamblea Nacional Constituyente, 2008).

Es decir, que en ningún caso de personas adictas se permitirá la criminalización ni se vulnerarán los derechos constitucionales. La Constitución de la República del Ecuador del año 2008 ha marcado un cambio importante en la sociedad ecuatoriana en cuanto al tema de la drogadicción y sus consecuencias, ya que, responsabiliza al Estado para que realice políticas públicas que enmarque la prevención, tratamiento, rehabilitación y reinserción social de este tipo de población A. Vallejos (comunicación personal, 14 de enero, 2026).

En el Ecuador existe una problemática jurídica importante al momento de la aplicación de las normas que regulan los Centros Especializados en Tratamientos a Personas con Consumo Problemático de Alcohol y otras Drogas (CETAD), presenta graves inconvenientes, porque las leyes no se ajustan a la realidad de una persona adicta, existen vacíos legales dejando brecha abierta para que se vulneren derechos fundamentales de los seres humanos (Edwards, 2011)

En consecuencia, la Ley Orgánica de Salud, en el artículo 4, determina que la Autoridad Sanitaria Nacional es el Ministerio de Salud Pública, entidad a la que corresponde el ejercicio de las funciones de rectoría en salud; así como la responsabilidad de la aplicación, control y vigilancia del cumplimiento de dicha Ley; siendo obligatorias las normas que dicte para su plena vigencia (EL CONGRESO NACIONAL, 2006)

Sin embargo, no se aplica lo que determinan los convenios y estándares internacionales donde Ecuador es parte y a ratificado todos los convenios que se relacionan a la problemática central de esta investigación (FLACSO ECUADOR, 2013).

En Ecuador se tiene errada la idea de la enfermedad de la adicción, porque el tratamiento a seguir es como si se tratara de un auto descompuesto que se lleva a una mecánica y fin del problema, sin embargo, hay que tomar en cuenta, que la enfermedad de la adicción es mucho más compleja (Vallejos, 2026).

Esto afirma la experiencia personal de Antonella Vallejos, persona adicta en recuperación, la misma, tuvo que pasar por varias complicaciones para encontrar un CETAD y poder rehabilitarse A. Vallejos (comunicación personal, 14 de enero, 2026). Por eso en el video subido en la plataforma YouTube, narra su experiencia en diferentes centros y lugares que ofertaban la rehabilitación de alcohol y otras drogas.

Vallejos, (2026), cuenta en este video que pasó por psiquiátricos privados que decían poder tratar el problema de adicciones, psiquiátricos públicos que no tenían un buen manejo de la enfermedad, profesionales en psiquiatría y psicología que no fueron de ayuda, al no existir programas, políticas públicas, falta de centros de rehabilitación, su vida corrió muchos riesgos por la falta de intervención estatal, después de tanto tiempo y al ser mayor de edad, su familia encontró un lugar adecuado para poder rehabilitar a Antonella, sin embargo, ella debía firmar un consentimiento voluntario, con la adicción tan avanzada que ella tenía, lo último que quería era entrar en un CETAD, pero tuvieron que recurrir al engaño y presión para que ella accediera a rehabilitarse, desconfigurando totalmente la idea de voluntariedad (Vallejos, 2026).

Es importante, al momento de realizar normativa acerca de la rehabilitación de alcohol y otras drogas, se tome en cuenta la realidad del público objetivo y su entorno social, así obteniendo como resultado normas, políticas públicas y programas que realmente ayuden a este tipo de población y tengan un adecuado funcionamiento e intervención, para evitar los problemas que se tienen en la actualidad por los vacíos legales que existe en la normativa ecuatoriana, en cuanto a la rehabilitación de drogas (Jácome, 2026).

Es por eso que el presente trabajo de Investigación es de carácter constitucional, legislativo, administrativo, de derechos humanos y social, ya que, tiene como objetivo el análisis del marco legal ecuatoriano, sobre la protección jurídica y voluntariedad de los tratamientos de adicciones en el Ecuador, pues en los últimos años se ha atravesado por una situación totalmente preocupante por el incremento de casos de adicciones, a pesar de los cambios que han surgido desde la vigencia de la nueva Constitución de la República del Ecuador del 2008.

METODOLOGÍA

La investigación se desarrolló bajo un enfoque mixto (cualicuantitativo), pertinente para abordar, de manera integrada, tanto la dimensión jurídico-normativa del tratamiento de adicciones (voluntariedad, protección de derechos y deberes estatales), como su expresión social en la percepción ciudadana sobre la problemática y sus efectos. En consecuencia, el estudio adopta un diseño no experimental y de corte transversal, orientado a describir y analizar el fenómeno en un momento determinado, sin manipulación de variables, con un alcance descriptivo-analítico y componentes explicativos en cuanto a las tensiones entre norma, práctica institucional y comprensión social.

El componente cualitativo responde al análisis normativo y se sustenta en el método dogmático-jurídico y hermenéutico, complementado con revisión doctrinaria y criterios jurisprudenciales cuando corresponda. La unidad de análisis está constituida por el marco constitucional, el bloque de constitucionalidad (en cuanto sea aplicable), la legislación y normativa secundaria vinculada al tratamiento de adicciones, así como instrumentos internacionales relevantes para la tutela de derechos (en particular, estándares de dignidad, autonomía, debido proceso, integridad personal y salud). La técnica central es el análisis documental y el análisis de contenido jurídico, mediante los cuales se identifican reglas,

principios, obligaciones estatales, vacíos normativos y posibles incompatibilidades entre prácticas de internamiento/rehabilitación y garantías constitucionales (Guamán, 2021).

El componente cuantitativo se operacionaliza mediante la aplicación de encuestas estructuradas a ciudadanos ecuatorianos, con el propósito de evidenciar la dimensión social del problema investigado, particularmente en lo relativo a percepciones sobre: conocimiento del marco legal de adicciones, legitimidad/aceptación social del internamiento o tratamiento, comprensión de la voluntariedad, experiencias de cercanía con casos de consumo problemático, y valoración sobre garantías de derechos en contextos de rehabilitación. El instrumento se plantea como un cuestionario con preguntas cerradas (dicotómicas, de opción múltiple y escalas tipo Likert) (Cabrera et. al., 2023).

La población objetivo de la fase cuantitativa está conformada por ciudadanos ecuatorianos. Para efectos de contextualización del universo, se consideró la población proyectada de Ecuador para 2024 publicada por el INEC, que sitúa el total nacional alrededor de 18'815.497 millones de habitantes (Arízaga, 2024). Dado el tamaño elevado del universo, se empleó la fórmula de muestreo para universo infinito, adecuada cuando el total poblacional es muy grande y la corrección por población finita no altera de forma sustantiva el tamaño muestral:

Fórmula para el Cálculo de la Muestra

$$n = \frac{Z^2 P Q N}{e^2 (N - 1) + Z^2 P Q}$$

Ecuación 1

Dónde:

n: tamaño de la muestra

x Z: nivel de confianza (94% - 1,88)

P: probabilidad de concurrencia del fenómeno (50% - 0,5)

Q: probabilidad en contra de ocurrencia del fenómeno (50% - 0,5)

N: población (18815497)

e: margen de error (5% - 0,05)

Cálculo de la Muestra

$$n = \frac{(1,88)^2 * 0,50 * 0,50 * 18815497}{(0,05)^2 * (18815497 - 1) + (1,88)^2 * 0,50 * 0,50}$$

Ecuación 2

$$n = \frac{16625373,1492}{47038,74 + 0,8836}$$

Ecuación 3

$$n = \frac{16625373,1492}{47039,6236}$$

Ecuación 4

$$n = 353,43$$

Ecuación 5

La muestra posee un total de 353 ciudadanos ecuatorianos.

JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

El presente trabajo de investigación se fundamenta en la urgente necesidad de resolver la antinomia jurídica que existe entre el derecho a la libertad personal y el derecho a la vida en el ámbito de las adicciones en Ecuador, se ha podido evidenciar que existen cuatro puntos clave que se deben abordar dentro de este artículo científico, los mismos se expondrán en líneas posteriores.

Dimensión Jurídica y Constitucional

Aunque el Art. 364 de la Constitución de la República define a las adicciones como un problema de salud pública y prohíbe la criminalización del consumidor (Asamblea Nacional Constituyente, 2008) la normativa supletoria no ofrece un procedimiento claro para casos de crisis, donde el paciente ha perdido su capacidad volitiva.

Esta investigación es necesaria porque el actual sistema de salud, solicita un consentimiento voluntario, ignorando la realidad de los trastornos mentales graves por consumo. Como se depende de la Sentencia No. 7-18- JH/22 de la Corte Constitucional, las personas con enfermedades mentales son sujetos de atención prioritaria (Sentencia No. 7-18-JH y acumulados/22 Prisión preventiva a personas con enfermedad mental, 2022), lo que implica que el Estado es el que debe garantizar una protección jurídica reforzada, ya que, el vacío legal en el ordenamiento jurídico ecuatoriano impide ejecutar de manera efectiva los casos de personas adictas con consumo grave.

Dimensión Social y de Derechos Humanos

En la práctica, la falta de una regulación técnica eficiente ha permitido la proliferación de establecimientos no regularizados. Casos analizados en este estudio demuestran que las personas con consumo problemático a menudo son víctimas de tratos inhumanos en clínicas

clandestinas y mala llamadas fundaciones que operan sin licenciamiento ni permisos (Vallejos, 2026).

Por consecuencia, estos lugares suelen incurrir en abusos físicos, sexuales y psicológicos, vulnerando la integridad personal bajo el pretexto de una rehabilitación sin sustentos científicos (Cantos, 2026). Por lo tanto, este trabajo se justificará al proponer una estructura legal que incentive el uso de Centros Especializados (CETAD) que cumplan con las Normas Internacionales para el Tratamiento de Trastornos por Consumo de Droga, así garantizando un trato digno y profesional.

Dimensión Clínica y Salud Pública

Desde la perspectiva técnica, el Psico. Ronny Bossano sostiene que la voluntad del sujeto adicto se encuentra completamente anulada debido a la dependencia neuroquímica y los procesos de abstinencia que pacientes presentan, cuando la enfermedad de la adicción está muy avanzada (Bossano, 2026). La investigación se justifica al argumentar que el internamiento no voluntario, lejos de ser una privación arbitraria de la libertad, actúa como una medida de tutela para preservar la vida (Jácome, 2026).

Esto se alinea con lo que establecen las Normas Internacionales de la OMS y UNODC, mismas que exigen intervenciones basadas en evidencia y en la protección de la salud mental como un derecho humano fundamental.

Dimensión Académica y Propuesta de la Reforma

El estudio ofrece un aporte original al debate jurídico ecuatoriano con es la ratificación judicial. Se propone que todo internamiento involuntario sea validado por un Juez de Familia o también se delegue a las Juntas Protectoras de Derechos para que puedan otorgar medidas de protección y determinen como medida el internamiento no voluntario para las personas que se encuentren con un consumo problemático de alcohol y otras drogas, en un plazo de 24 a 72 horas. Esta medida dotará de seguridad jurídica a los profesionales de la salud mental, quienes en la actualidad se sienten expuestos a denuncias legales por retención ilegal o secuestro, y también se garantizará a los pacientes adictos recibir un tratamiento supervisado, ético y orientado a una verdadera reinserción social en CETAD que estén dentro del marco de la ley (Jácome, 2026).

DESARROLLO

Marco Referencial

Marco teórico

Historia de los Convenios Internacionales sobre Drogas. En una primera etapa de la historia de la humanidad, las drogas fueron consumidas por nuestros ancestros con fines religiosos y medicinales. Estas sustancias se describieron originalmente como una forma de huir de la realidad y hacer frente a los problemas cotidianos. Con el paso de los años, lo que antes era medicamento pasó a estar prohibido por las leyes, debido a que, el consumo prolongado de diversas sustancias produjo efectos

desastrosos para el ser humano. Así el uso, venta y distribución de drogas se convirtió en un verdadero problema que incrementó la delincuencia, la violencia y la adicción a estas sustancias.

Debido a esta problemática, en 1909 se creó la Comisión Internacional de Shanghái, integrada por los siguientes países: Estados Unidos, China, Reino Unido, Francia, Alemania, Rusia, Japón, Italia, Países Bajos, Portugal, Siam (Tailandia), y Persia (Dinastía Kayar), (Farfán, 2025). Esta Comisión surgió con la finalidad de combatir el consumo descontrolado del opio y limitar su uso a fines médicos; de esa manera, se buscó controlar los derivados nocivos para la salud humana.

Bajo estos parámetros el 23 de enero de 1912, se creó en La Haya el Convenio Internacional Sobre El Opio, el cual fue el primer tratado internacional en la materia y sirvió de referencia para los subsiguientes convenios.

Posteriormente, en 1941, nació la idea de una unión entre naciones para tratar temas de paz mundial y libertad. El 14 de agosto de este año, el presidente de Estados Unidos Franklin Delano Roosevelt, y el primer ministro del Reino Unido, Winston Churchill, propusieron la Carta del Atlántico (Naciones Unidas, 2025).

A raíz de este suceso, el 1 de enero de 1942, 26 naciones aliadas, se reunieron en Washington para firmar la Declaración de las Naciones Unidas, por lo que en 1943 los gobiernos de la Unión Soviética, el Reino Unido, Estados Unidos y China expresan su anhelo de creación de una organización internacional para mantener la paz y la seguridad mundial, a lo largo de dos años se dieron varias reuniones, donde convenían puntos de debate importantes para la creación oficial de esta organización internacional.

En este contexto histórico, BBC NEWS MUNDO, en un artículo publicado en su página web, explica que, durante la Segunda Guerra Mundial se mantuvo la tendencia del consumo masivo de alcohol, morfina y cocaína, aunque las anfetaminas y metanfetaminas tomaron la delantera, pues de manera rutinaria los soldados alemanes, británicos, norteamericanos y japoneses recibieron estas drogas para combatir el sueño, estimular su valor y reforzar su resistencia física (BBC NEWS MUNDO, 2019). Al finalizar el conflicto en 1945, muchos soldados narraron que el ejército les proporcionaba drogas con fines terapéuticos, lo que ocasionó que muchos desarrollaran dependencia y se las autoadministraran sin supervisión médica, lo que se volvió un problema para su vida cotidiana (Granda, 2025).

Simultáneamente, en 1945 se suscitaron dos hitos para las Naciones Unidas: el 26 de abril se firmó su Carta constitutiva y el 24 de octubre está entró en vigor oficialmente (Naciones Unidas, 2025). Más adelante, el 10 de diciembre de 1948, se creó la “Declaración de los Derechos Humanos”, el documento más importante a nivel mundial, se establecieron en 30 artículos, donde se garantizaba derechos fundamentales para el hombre y se protegía al mundo entero. En su parte pertinente en La Declaración de los Derechos Humanos, manifiesta lo siguiente:

Proclama la presente Declaración Universal de los Derechos Humanos como ideal común por el que todos los pueblos y naciones deben esforzarse, a fin de que tanto los individuos como las instituciones, inspirándose constantemente en ella, promuevan, mediante la enseñanza y la educación, el respeto a estos derechos y libertades, y aseguren, por medidas progresivas de carácter nacional e internacional, su reconocimiento y aplicación universales y efectivos, tanto entre los pueblos de los Estados Miembros como entre los de los territorios colocados bajo su jurisdicción (Naciones Unidas , 1948).

Bajo este precedente, todos los derechos deben ser respetados y garantizados, por todas las entidades que pertenecen a un estado, pueblo o nación determinada, obligando a los gobiernos y sus instituciones gubernamentales a ser los primeros custodios de los derechos fundamentales de los ciudadanos, mediante la promoción, sociabilización, sensibilización e inversión en diferentes proyectos o programas que impulsen a la sociedad a vivir de manera digna, productiva y con seguridad jurídica A. Vallejos (comunicación personal, 14 de enero, 2026).

El Art. 22 de este documento establece el derecho a la seguridad social y a la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales indispensables para la dignidad (Naciones Unidas , 1948).

Art. 22 Toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social, y a obtener, mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional, habida cuenta de la organización y los recursos de cada Estado, la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales, indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad” (Naciones Unidas , 1948).

No obstante, debido a que en este momento no existía una distinción clara de estos derechos, la ONU ulteriormente estableció el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Proaño, 2024). La ONU establece seis órganos principales, siendo uno de ellos objeto de esta investigación, el Consejo Económico y Social, fue creado con la finalidad de tratar asuntos económicos, sociales, culturales y de salud.

Sin embargo, el mundo se dio cuenta que hacía falta algo más y se establecieron otras organizaciones internacionales para la garantía de los derechos humanos, después de varias reuniones la ONU, observa la necesidad de la constitución de una organización internacional que se encargue de la salud mundial y el 7 de abril de 1948 entra en vigor la Organización Mundial de la Salud (OMS) (BBC NEWS MUNDO, 2019).

La OMS y el Consejo Económico y Social de la ONU, convocaron a una conferencia de delegados desde el 24 de enero hasta el 25 de marzo de 1961, con el objetivo de crear la Convención Única de Estupefacientes, sustituyó al Convenio Internacional Sobre El Opio de 1912, con el propósito primordial, frenar la venta indiscriminada, distribución, importación, posesión, consumo, fabricación y producción de drogas,

las dos últimas solo con fines médicos y científicos, el problema de salud pública estaba catalogado como una deficiencia moral y se criminalizaba el mal uso de sustancias psicoactivas. Por lo tanto, esta convención solo fue una pauta fundamental para la lucha contra el narcotráfico a través de la cooperación internacional, desde una visión delincencial, más no como una propuesta encaminada a atender un problema de salud (Cuenca, 2022).

Con el paso del tiempo, las necesidades sociales crecieron y la problemática de las drogas aumentó. Por ello en 1971 a través del Secretario General, la ONU convocó a una nueva conferencia, para considerar enmiendas a la Convención Única sobre Estupefacientes, la misma data el 24 de marzo de 1972 en Ginebra, donde se modificó esta convención a través de un Protocolo, mismo que se adaptó a las nuevas realidades (Naciones Unidas , 2025). Estas modificaciones prohibieron el uso médico y científico de sustancias como el opio, el cannabis y la hoja de coca. Sin embargo, el mundo mantuvo la percepción del problema como un asunto criminal y moral, más no como una enfermedad y lastimosamente los adictos seguían muriendo en las calles por las consecuencias del uso indiscriminado de estas sustancias.

Un claro ejemplo de esta época fue el caso de Christiane Felscherinow, quien, en su libro autobiográfico, titulado *Wir Kinder vom Bahnhof Zoo* (Los niños de la estación del Zoo), en 1978 y posterior película estrenada con el título *Yo, Christiane F.*, en 1981, relató su desgarradora historia de adicción a la heroína en 1974, reflejando una crisis sanitaria que desbordó las fronteras (Rieck, 1978). Este caso no fue un hecho aislado, sino el reflejo de una crisis sanitaria y social que desbordó las fronteras europeas en los años 70 y 80, las políticas prohibicionistas locales y la creciente sofisticación de las redes del narcotráfico demostraron que los tratados de 1962 y 1971 eran insuficientes. Esta realidad fáctica, donde el Estado aparecía como un espectador ante la decadencia de la juventud, sentó las bases para que la comunidad internacional buscara un mecanismo de control mucho más agresivo y técnico, lo cual cristalizó en la Convención de Viena de 1988 (Edel, 1981).

Finalmente, la convención de 1988 marcó un hito en el derecho internacional al dejar de centrarse únicamente en la fiscalización de sustancias para enfocar sus esfuerzos en el desmantelamiento de las estructuras financieras y operativas del narcotráfico, los pilares fundamentales que se trataron y reformaron en esta convención fueron: Criminalización y finanzas; Cooperación Transnacional; Control de Precursores; y, Corresponsabilidad Global (Naciones Unidas, 1988).

Como se evidencia dentro de la historia internacional, las Convenciones sobre sustancias estupefacientes, si bien es cierto fueron efectivas para perseguir el dinero del narcotráfico, sin embargo, su enfoque punitivo también profundizó la estigmatización del consumidor, como en el caso de Christiane F. y muchas personas más de las que no se ha podido contar una historia por miedo al señalamiento moral de la sociedad A. Vallejos (comunicación personal, 14 de enero, 2026).

La Crisis de las adicciones en Ecuador y la ineficiencia del sistema actual. El consumo de alcohol y otras drogas afecta a la sociedad en general, pero particularmente a los consumidores y familias que, por la desesperación de ayudar a su familiar adicto, los internan en clínicas clandestinas o en las mal llamadas fundaciones sin ánimos de lucro, mismas que se aprovechan económicamente de las familias; sin contar que a las personas adictas que son internadas en este tipo de centros reciben tratos inhumanos y sus derechos son totalmente vulnerados (Chavez, 2024).

Así, se ha afectado el derecho a la salud, a la libertad de elección en cuanto al tratamiento adecuado para las personas adictas, y como consecuencia existen situaciones conflictivas y una grave vulneración de otros derechos humanos A. Vallejos (comunicación personal, 14 de enero, 2026).

A esta problemática se suma la carencia de una red pública de salud con capacidad suficiente para absorber la demanda de tratamientos especializados. El Estado ecuatoriano, a pesar de lo que dicta la Constitución, no garantiza un acceso efectivo a programas de rehabilitación gratuitos y dignos (Terán, 2026). Esta omisión estatal empuja a los sectores más vulnerables hacia la oferta informal, donde la ausencia de protocolos científicos y la falta de supervisión por parte de las autoridades sanitarias convierten la recuperación en un proceso de victimización secundaria (Bossano, 2026).

Asimismo, el enfoque actual del sistema judicial y sanitario persiste en la estigmatización del consumidor. Aunque el marco legal reconoce a las adicciones como un problema de salud pública, en la práctica se mantiene una visión punitiva que criminaliza de forma indirecta a quien padece esta enfermedad (Terán, 2026). La inexistencia de políticas públicas integrales, que consideren la reinserción social y el apoyo postratamiento, genera un ciclo de recaídas que profundiza la crisis familiar y económica de los involucrados ley A. Vallejos (comunicación personal, 14 de enero, 2026).

En última instancia, la ineficiencia del sistema no solo radica en la falta de infraestructura, sino en la ausencia de una fiscalización rigurosa a los centros privados, llamados a suplir al estado en la prestación de un servicio en virtud de la falta de infraestructura. Mientras la normativa no se aplique con firmeza para clausurar los espacios donde se practican posturas y tratos degradantes bajo la fachada de “rehabilitación”, el derecho a la integridad personal seguirá como una promesa incumplida para miles de ecuatorianos que luchan contra el consumo problemático de sustancias (Terán, 2026).

Marco Conceptual

Enfermedad de la Adicción – Persona Adicta. Adicto no es quién consume, sino quien no puede dejar de consumir (Giner, 2024). Toda sustancia o actividad, que se utiliza para cambiar un estado de ánimo, puede convertirse en una adicción, el drama

de esta enfermedad es que los adictos no pueden salir solos de este problema, por eso el consumo de cualquier sustancia, es esencial para inhibir sentimientos de culpa, recriminación, vergüenza, los mismo que llevan a juramentos de cambiar y otra vez regresa el consumo, la culpa, la recriminación, la vergüenza, juramentos de cambiar, convirtiéndose en un círculo vicioso el cual es muy complicado de salir. Independientemente de las circunstancias personales, todos los adictos son enfermos (Giner, 2024).

Es importante mencionar que nadie escoge ser adicto, ya que, la fuerza de voluntad no funciona, porque la enfermedad de la adicción es más complicada de lo que se piensa, pues si solo se tratará de parar de consumir, no existiría la enfermedad de la adicción, porque la droga es el síntoma, es decir es la fiebre pero no es la infección, dejar de drogarte no hace que la enfermedad desaparezca, esto va más allá, porque implica la emocionalidad de la persona, cambios en los hábitos, comportamientos, forma de pensar, es decir cambios internos de la persona (Giner, 2024).

La Organización Mundial de la Salud, ha declarado la adicción como una enfermedad, por consiguiente, la caracteriza por síntomas y es susceptible de un diagnóstico y también de un tratamiento (OMS,1956).

El trastorno por consumo de sustancias se define como una afección crónica que altera la estructura y funcionalidad del sistema nervioso central. Estos cambios neurobiológicos derivan en una modificación profunda de los procesos cognitivos y del comportamiento, lo cual genera impulsos intensos de consumo, alteraciones en la personalidad y patrones motrices atípicos. La afectación trasciende el juicio y la toma de decisiones, e impacta áreas críticas como el aprendizaje, la memoria y el autocontrol (Bossano, 2026).

Enfermedad Mental. La Organización Mundial de la Salud (“OMS”) en el 2016 usó la definición de discapacidad mental, y la conceptualizó como: Restricciones de la participación causadas por el entorno social y centrada en las deficiencias temporales o permanentes que se generan debido al diagnóstico de una enfermedad o trastorno mental.

Persona con discapacidad. La definición de persona con discapacidad, que contiene la Convención de sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), incluye a aquellas que: “(...) tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás” (CDPD,2008).

Voluntariedad. En la entrevista realizada al Psicólogo en mención clínica Ronny Bossano, especialista en adicciones¹, comenta que, tiene experiencia de más de

¹ Video se encuentra cargado en la plataforma de YouTube como: *Entrevista a psicólogo Ronny Bossano, Director CETAD VITANOVA*: <https://youtu.be/iOSwfizDTXA?si=CwhA9C-TzIWES9Lf>, canal de Antonella Vallejos.

catorce años trabajando dentro de Centros de Tratamiento de Adicciones, actualmente es director del CETAD FEMENINO VITANOVA, que es el único Centro de Rehabilitación Femenino que cuenta con permisos de funcionamiento y licenciamiento en la provincia de Pichincha (Bossano, 2026).

Desde la perspectiva clínica, la fundamentación se apoya en el concepto de “incapacidad volitiva”, como sostiene el Psico. Ronny Bossano, ya que, la voluntad en el paciente con consumo problemático se encuentra completamente anulada debido a la dependencia neuroquímica y mental (Bossano, 2026).

Por lo tanto, el requisito de consentimiento voluntario, exigido por la normativa actual, no se ajusta a la realidad del trastorno mental por consumo de sustancias, según el criterio del CIE-10². Esta condición clínica justifica la intervención del Estado y de la familia mediante el internamiento involuntario, entendido no como una privación arbitraria de la libertad, sino como una medida de urgencia y emergencia necesaria para salvaguardar el derecho a la vida del individuo (Terán, 2026).

Análisis Jurídico del Marco Legal Ecuatoriano: Para la Protección Jurídica y Voluntariedad de los Centros de Tratamiento de Adicciones (CETAD).

Con los antecedentes expuestos, es menester indicar que, la base jurídica de esta investigación reside en el Art. 364 de la Constitución de la República del Ecuador y los tratados, convenios, estándares internacionales de los cuales Ecuador es parte y ha ratificado, con la intención de proteger los derechos de las personas que consumen alcohol y otras drogas, sin embargo, se ha visualizado, que el estado no cumple con lo establecido en la misma Constitución ni las normas internacionales.

El Art. 364 de la Constitución de la República, ha marcado un hito importante, por la evolución que ha tenido el mismo, ya que, cambió un modelo punitivo a uno de salud pública, por lo tanto, este artículo establece que las adicciones no deberían ser criminalizadas y que el Estado es el responsable de ofrecer tratamiento y rehabilitación A. Vallejos (comunicación personal, 14 de enero, 2026).

Es por eso, que el presente análisis, examinará la arquitectura jurídica que regula la atención a personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas en Ecuador, contrastando la normativa internacional, constitucional, orgánica, reglamentaria y la jurisprudencia constitucional para identificar la eficacia de las garantías de voluntariedad.

Ley Orgánica de Salud (LOS): Marco General de Derechos

La ley Orgánica de Salud constituye la norma base del Sistema Nacional de Salud. En este contexto, el tratamiento para las adicciones también está amparado bajo esta normativa al

² Clasificación de Trastornos Mentales y del Comportamiento (CIE-10), según lo que establece, la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, décima Revisión, Publicación Científica N0.554, ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, los que corresponden a los Trastornos Mentales y del Comportamiento son del F00 – F99, específicamente de los Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas sienten su código a tratar F10-F19 (Organización Panamericana de la Salud, 1995).

considerar que la enfermedad de la adicción es un problema de salud pública. Con esta lógica es importante analizar algunos literales del capítulo III, artículo 7 de este cuerpo normativo, para visibilizar las fallas del Estado ecuatoriano al momento de aplicar la ley A. Vallejos (comunicación personal, 14 de enero, 2026).

Por lo que el literal a) de mencionado artículo menciona que: Toda persona, por motivo alguno será discriminada en relación con la salud acceso universal, equitativo, permanente, oportuno y de calidad a todas las acciones y servicios de salud (Asamblea Nacional, 2022). Sin embargo, en la realidad no se cumple porque la rehabilitación de drogas se ha convertido en un privilegio de las personas que pueden costear un CETAD privado acceden a este servicio, porque en los pocos CETAD públicos no existen cupos, no cuentan con profesionales capacitados para tratar trastornos mentales por consecuencia al abuso de sustancias agudizando más la adicción y esto se puede evidenciar con la experiencia narrada por Antonella Vallejos, persona adicta en la actualidad en recuperación³.

Continuando con la secuencia de mencionado artículo, el literal b) manifiesta: Acceso gratuito a los programas y acciones de salud pública, dando atención preferente en los servicios de salud públicos y privados, a los grupos vulnerables determinados en la Constitución Política de la República; Nota: Por Disposición Derogatoria de la Constitución de la República del Ecuador (R.O. 449, 20-X 2008), se abroga la Constitución Política de la República del Ecuador (R.O. 1, 11-VIII-1998), y toda norma que se oponga al nuevo marco constitucional (Asamblea Nacional, 2022).

Siguiendo la lógica con el apartado de líneas anteriores en un primer momento no se determinaba a las personas con enfermedades mentales como grupos de atención prioritaria, hasta cuando la Corte Constitucional, en la Sentencia No. 7-18-JH y acumulados/22, en su parte pertinente aclara:

La Constitución reconoce en el artículo 35 a las personas privadas de libertad y a las personas que sufren una enfermedad catastrófica o de alta complejidad, o con discapacidad como personas pertenecientes a grupos de atención prioritaria y dispone que el Estado preste especial protección a las personas en condición de doble vulnerabilidad (Sentencia No. 7-18-JH y acumulados/22 Prisión preventiva a personas con enfermedad mental, 2022).

Según concepto de la Convención de Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), las personas con deficiencias mentales son también personas con discapacidad, es decir que se debe contemplar como grupo de atención prioritaria. Es decir que el estado debe garantizar el estricto cumplimiento del ordenamiento jurídico, pero lastimosamente el estado sigue incumpliendo, viéndose reflejado en la carente infraestructura e inversión, falta de políticas públicas que ejecuten el cumplimiento de los derechos de las personas que padecen de la enfermedad de la adicción.

³ Video se encuentra cargado en la plataforma de YouTube como: *Mi historia en Centros de Rehabilitación Ecuador parte 1*: <https://youtu.be/agx4DUAtbTs?si=GnvhNCo-CRo8YxGW>; y, *parte 2*: <https://youtu.be/RUSbfh1X4zk?si=chV0SVoRU7Z5KLwa>, canal de Antonella Vallejos.

El aporte fundamental de esta investigación reside en el reconocimiento de los derechos de los usuarios como el Derecho a la Autonomía, mismo que está citado en el Art. 7 literal h, de dicho cuerpo normativo, donde establece que:

h) Ejercer la autonomía de su voluntad a través del consentimiento informado por escrito, o por cualquier otro medio adecuado y tomar decisiones respecto a su estado de salud y procedimientos de diagnóstico y tratamiento, salvo en los casos de urgencia, emergencia o riesgo para la vida de las personas y para la salud pública (Asamblea Nacional, 2022).

Es decir que, este artículo es pilar fundamental de la voluntariedad, puesto que, ninguna intervención médica se debe realizar sin la aceptación libre y previa del paciente, dejando una salvedad en cuanto peligre la vida de la persona.

En consecuencia, deja abierta una brecha importante para la seguridad jurídica de los pacientes con adicciones y también de los Centros de Rehabilitación, porque no se determina un protocolo claro para las personas que por su misma adicción ya han perdido la capacidad de tomar decisiones por sí mismos.

Ley Orgánica de Prevención Integral del Fenómeno Socio Económico de las Drogas (LOPID): La Despenalización

Al analizar la ley Orgánica de Prevención Integral del Fenómeno Socio Económico de las Drogas se puede visibilizar que si bien es cierto materializa el mandato del Art. 364 de la Constitución de la República, con su aporte dogmático el mismo se centra en la prohibición de la criminalización y discriminación al consumidor de drogas, dejando de lado una especificidad en los protocolos de internamiento.

Como consecuencia, de este vacío legal, se ha generado una paradoja, pues mientras la Constitución garantiza el derecho a la salud, esta ley no tiene claro un protocolo sobre el internamiento involuntario, el cual deja un vacío legal, ya que facilita la proliferación de centros clandestinos, mal llamadas fundaciones y un sin número de anomalías en el sistema de salud pública que trata enfermedades y trastornos mentales.

Esta situación afecta la seguridad jurídica de los profesionales que trabajan en centros que si cumplen con permisos y licenciamientos y de los pacientes que necesitan de una intervención urgente y emergente sin una tutela judicial efectiva.

Es menester indicar que, al necesitar la firma del paciente para dar su consentimiento voluntario para acceder a un CETAD, las familias buscan desesperadamente la “mejor opción” para tratar este problema y envían a su familiar al primer centro de rehabilitación o fundación que le oferten, sin percatarse si cumple o no, con un licenciamiento, permisos de funcionamiento peor aún con un plan terapéutico A. Vallejos (comunicación personal, 14 de enero, 2026).

La Ley Orgánica de Salud si bien es cierto deja una salvedad para las personas que no tienen voluntariedad para rehabilitarse, pero no se toma en cuenta que el acceder a la justicia ordinaria, en varias ocasiones termina siendo un trámite engorroso, porque para que un juez

determine que una persona no está apta para tomar decisiones, se debe seguir un proceso legal de interdicción en una Unidad de Familia, donde el juez emite una resolución, manifestando que esa persona está incapacitada para ejercer su derecho a la libertad de elección a un tratamiento médico, sin tomar en cuenta que por la carga laboral dentro del sistema judicial, los jueces se tardan meses en poder emitir la sentencia que se requiere para internar a una persona con adicción, pero hasta esperar dicha decisión judicial, la persona adicta moriría a consecuencia de esta enfermedad A. Vallejos (comunicación personal, 14 de enero, 2026).

Para resolver el conflicto entre el derecho a la libertad personal y el derecho a la vida, está investigación propone la implementación de un mecanismo de ratificación judicial, argumentándose en que todo internamiento no voluntario debe ser notificado y validado por un juez de familia, en un plazo de 24 a 72 horas A. Vallejos (comunicación personal, 14 de enero, 2026).

Es relevante decir que la importancia que un juez otorgue la medida de privar de la libertad a una persona en vulnerabilidad por el consumo de drogas es significativa, porque se otorgaría seguridad jurídica a los CETAD para evitar denuncias por privación ilegal de la libertad y así también se protegería a las personas que van a ingresar a un tratamiento, ya que un juez estaría garantizando que la persona necesita un internamiento estrictamente a criterios terapéuticos y no a intereses particulares, evitando también que centros que no tienen los permisos y licenciamientos estén en funcionamiento, porque obviamente ningún juez dispondría enviar a una persona a un internamiento no voluntario en una clínica o fundación que no está al margen de la ley A. Vallejos (comunicación personal, 14 de enero, 2026).

Para la toma de esta decisión, el juez a cargo de la causa tendría que analizar la proporcionalidad de los derechos en juego, es decir que la restricción temporal de la libertad sea válida siempre que el fin último sea evitar un daño irreversible en su salud mental o la muerte del paciente por sobredosis o crisis de abstinencia, claro está que su sustentación debería estar analizada por un experto en psiquiatría, psicología o pruebas científicas que avalen que realmente esa persona está en riesgo inminente de su vida.

Ley Orgánica de Salud Mental y su Reglamento: El Giro Garantista

La reciente expedición de la Ley Orgánica de Salud Mental y su reglamento, representan el avance más importante en la materia, ya que, esta norma introduce conceptos de vanguardia jurídica, ya que, en el Art. 6 del presente cuerpo normativo, por primera vez en la historia de la salud mental en el Ecuador, se reconoce como un derecho fundamental para las personas.

La salud mental es un derecho humano fundamental y un elemento esencial para el desarrollo personal, familiar, comunitario y socioeconómico. Se entenderá como el estado de bienestar mental que permite a las personas un equilibrio emocional interno y un equilibrio emocional externo del medio ambiente en que se desenvuelve, para hacer frente a los momentos adversos de la vida, desarrollar todas sus habilidades, poder aprender y trabajar adecuadamente y contribuir a la mejora de su comunidad. Es parte fundamental de la salud y el bienestar que sustenta nuestras capacidades

individuales y colectivas para tomar decisiones, establecer relaciones y dar forma al mundo en el que vivimos (Asamblea Nacional, 2024).

Es decir, que este artículo reconoce a las personas adictas como sujeto de derechos, elevando jurídicamente el tratamiento de adicciones de un servicio sanitario a una garantía de dignidad humana, cambiando totalmente la idea moralista a una más garantista de derechos, sin embargo, en la práctica, no se aplica esta concepción y aún se sigue estereotipando la enfermedad de la adicción y a las personas que la padecen.

Es importante analizar el Art.9 de la Ley Orgánica de Salud Mental, acogiéndonos a las investigaciones de campo, los expertos entrevistados, llegan a la misma conclusión, que esta nueva normativa si bien es cierto es muy garantista de derechos, sin embargo, la aplicación de esta trasgrede la misma normativa. Los literales f; g; y, j de este cuerpo normativo son muy importantes mencionarlos porque son la médula espinal de esta investigación los mismos determinan que:

- f) Acompañamiento antes, durante y después del tratamiento por parte de sus familiares u otras personas, que en lo posible sean designadas por el usuario y que contribuyan a su bienestar; (Asamblea Nacional, 2024).
- g) No recibir tratamientos deshumanizantes, crueles, violentos o tortura dentro de los establecimientos de salud en los que se autorice el internamiento; (Asamblea Nacional, 2024).
- j) Expresar su consentimiento voluntario, previo, libre e informado y a la confidencialidad del diagnóstico, en la forma prevista en esta Ley (Asamblea Nacional, 2024).

Es por lo que, en la entrevista realizada al Sociólogo Darío Terán⁴, sostiene que la falta de una vía legal para el internamiento no voluntario deja a los CETAD legalmente constituidos en un estado de vulnerabilidad jurídica (Terán, 2026).

Por otro lado, el Psicólogo Ronny Bossano, también concuerda que a través de su experiencia como director de CETAD VITANOVA y la experiencia más de catorce años en el trabajo con personas en adicciones, si es preocupante la inseguridad jurídica que se tiene al momento de ingresar a pacientes sin voluntariedad para acceder a un tratamiento de internamiento para la rehabilitación por el uso problemático de sustancias, porque se ven expuestos a que se les siga un proceso legal, solo por el hecho de salvar la vida de una persona que no puede dejar de consumir y los riesgos que se suman a ello (Bossano, 2026). Esto también genera un efecto dominó para las familias de los pacientes adictos, porque al no hallar una respuesta en la salud pública, recurren a centros no regularizados donde el paciente es objeto de tratos crueles y violentos, prohibidos taxativamente por la Constitución y la propia Ley de Salud Mental.

⁴ Video se encuentra cargado en la plataforma de YouTube como: *Entrevista a sociólogo Darío Terán, sobre adicciones en el estado Ecuatoriano*: https://youtu.be/IMqv3MxZaDo?si=_RHcRYf_Ap_TH0CM, canal de Antonella Vallejos.

El derecho a la voluntad, como manifiesta el literal j de esta normativa, se convierte en una sentencia de desprotección cuando no existe una alternativa para la voluntad anulada por la sustancia de predilección del consumidor.

El Consentimiento Informado como Garantía Sustantiva (Art. 42 LOSM): Requerimiento para internamiento. La ley es categórica al definir el consentimiento como un proceso, no un acto, en el Art.42 literal a) de la LOSM, establece lo siguiente:

- a) El consentimiento libre e informado de la persona o de su representante legal, tutor o curador, conforme a lo dispuesto en esta ley; o, la orden de juez competente, según lo dispuesto en esta Ley (Asamblea Nacional, 2024).

Este artículo, exige que el consentimiento sea libre, voluntario, informado y por escrito, sin embargo, en los casos de incapacidad se debería otorgar a un representante legal y si no cuenta con ello al Estado, a través del Ministerio de Inclusión Económica y Social o del Ministerio de Salud Pública que es la autoridad sanitaria dentro del país. Sin embargo, bajo la jurisprudencia de la Sentencia Constitucional 7-18- JH/22, la sustitución de la voluntad por parte de un familiar no elimina la naturaleza de privación de libertad, por lo que requiere validación judicial externa para no devenir en arbitraria (Sentencia No. 7-18-JH y acumulados/22 Prisión preventiva a personas con enfermedad mental, 2022).

El Art.42 literal a) de la LOSM, también se fundamenta en los Estándares Internacionales para el Tratamiento de Trastornos por Consumo de Drogas y la OMS. Este instrumento internacional exige que los tratamientos sean basados en evidencia, respeto a los derechos humanos y mantengan estándares de calidad rigurosos (Terán, 2026).

Es imperativo que el estado ecuatoriano, como firmante de las Convenciones de la ONU contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes, asuma un rol activo en la fiscalización, asegurando que el tratamiento de las adicciones se aleje de visiones moralistas y se integre plenamente en el sistema de salud mental nacional (Vallejos D. , 2026).

El Internamiento Involuntario: El Último Recurso Art. 38 segundo inciso de LOSM

Este artículo, establece tres requisitos concurrentes para la procedencia del internamiento involuntario, los mismos son: (i) Riesgo Inminente, (ii) Excepcionalidad y, (iii) Temporalidad, describiendo a cada uno de ellos, primero existencia de peligro real para sí mismo o terceros, segundo se tendría que haber agotado todas las alternativas ambulatorias; y, tercero debe durar el tiempo estrictamente necesario (Asamblea Nacional, 2024).

El cumplimiento de estos requisitos no puede quedar al arbitrio subjetivo del centro médico, ni del familiar. La falta de un juez que certifique la inminencia de riesgo y la excepcionalidad de la medida convierte al internamiento involuntario en una vulneración del Derecho a la Libertad, mismo se encuentra establecido en el Art. 66, numeral 9 de la Constitución de la República del Ecuador (Asamblea Nacional, 2008).

Análisis del Reglamento General a la Ley Orgánica de Salud Mental

Es imperativo que el estado ecuatoriano, como firmante de las Convenciones de la ONU contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes, asuma un rol activo en la fiscalización, para

asegurar que el tratamiento de las adicciones se aleje de visiones moralistas y se integre plenamente en el sistema de salud mental nacional.

Es importante mencionar que, el Reglamento de la Ley Orgánica de Salud Mental establece un mandato imperativo para la Autoridad Sanitaria Nacional. La transición de un modelo biomédico – hospitalario hacia uno comunitario y preventivo. Sin embargo, el análisis sistemático realizado en esta investigación demuestra una antinomia de implementación, porque, mientras el legislador ordena la creación de redes de apoyo y el fortalecimiento de habilidades socioemocionales bajo un enfoque de derechos humanos, la política pública se mantiene estancada en la regulación de la permanencia en centros de internamiento (Terán, 2026).

Esta omisión en la fase de promoción y prevención es la que genera la saturación de ingresos no voluntarios, pues el individuo carece de la red de apoyo comunitaria que la ley garantiza, y así la voluntariedad se encuentra supeditada a la urgencia de la crisis y no al ejercicio de derecho a la salud integral (Cantos, 2026).

Es por eso, que para este análisis el Art. 33 del Reglamento de la Ley Orgánica de Salud Mental, ha sido un punto fundamental para sustentar de mejor manera este texto, puesto que, no es una simple norma declarativa como hemos observado en líneas anteriores, al contrario, es una disposición operativa que establece las obligaciones del Estado en materia de promoción y prevención.

Para efectos de esta investigación sobre la protección jurídica y la voluntariedad en las adicciones, el análisis de esta norma procesal se divide en cuatro dimensiones críticas:

Análisis Patológico

Este artículo ordena la teoría del fortalecimiento de las capacidades a nivel individual, colectiva y comunitario, para dar un mejor entendimiento a esta teoría se dividirá en dos puntos importantes:

(i) Interpretación Jurídica, este enfoque se alinea con la teoría de las capacidades de Martha Nussbaum⁵, donde la salud no es solo ausencia de enfermedad, sino la libertad de llevar una vida (Mondragon, 2023).

(ii) Teoría de las capacidades, siguiendo a Nussbaum, las capacidades no son solo habilidades internas, sino las libertades sustantivas que tiene una persona para elegir el tipo de vida que valora (Rodriguez, 2012). Siendo así, una persona “sana” no es aquella que simplemente no consume sustancias, sino aquella que ha recuperado la capacidad de funcionar en la sociedad. El internamiento forzoso, si no va acompañado de esta promoción de capacidades puede

⁵ Martha Craven Nussbaum (Nueva York, EE.UU., 1947) estudió en la Universidad de su ciudad natal y se doctoró en Derecho y Ética en Harvard en 1975. Fundadora y coordinadora del Centro de Constitucionalismo Comparado, en la actualidad es Ernst Freund Distinguished Service Professor de Derecho y Ética del Departamento de Filosofía de la Facultad de Derecho y de la Facultad de Teología, de la Universidad de Chicago, tras haber impartido docencia en Harvard, Brown y Oxford (Fundación Princesa de Asturias, 2012).

“limpiar” el organismo de drogas (ausencia de la enfermedad) pero anula la libertad del sujeto (destrucción de la capacidad) (Mondragon, 2023).

Nussbaum enfatiza que las capacidades dependen del entorno (Rodriguez, 2012), en concordancia con el Art. 33 del Reglamento de la Ley Orgánica de Salud Mental, este nos manda la creación de redes de apoyo comunitarias, sin embargo, el estado no ha cumplido con este mandamiento, condenando al individuo que padece de la enfermedad de la adicción a la incapacidad del hecho.

Bajo esta lógica, el internamiento no voluntario se justifica legalmente bajo la premisa de que el adicto “ha perdido su autonomía”. Sin embargo, desde el enfoque de Nussbaum, la autonomía no se pierde, sino que se ve asfixiada por un entorno que no ofrece alternativas. Por tanto, el internamiento involuntario sin programas previos de promoción es una total vulneración estatal por omisión de fomento de capacidades.

Encuesta Sobre la Percepción Ciudadana de las Garantías de Derechos y Dignidad de las Personas Adictas al Alcohol y Otras Drogas

Resultado

Tabla 1: pregunta 1.

¿Considera usted que ha consumido alcohol, drogas o sustancias estupefacientes antes de cumplir los 18 años?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Totalmente de acuerdo	232	65,7	65,7	65,7
	De acuerdo	41	11,6	11,6	77,3
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	23	6,5	6,5	83,9
	En desacuerdo	25	7,1	7,1	90,9
	Totalmente en desacuerdo	32	9,1	9,1	100,0
	Total	353	100,0	100,0	

Nota: resultados pregunta 1

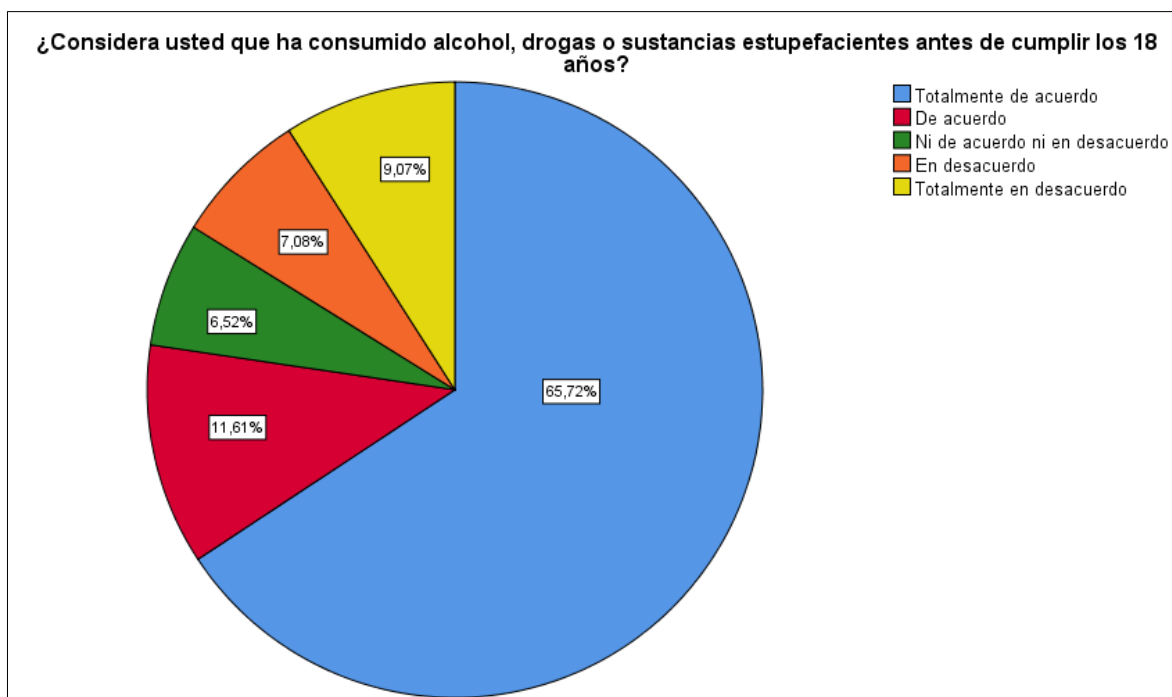


Ilustración 1 representación gráfica pregunta 1

Análisis e interpretación. Los datos muestran una alta prevalencia de consumo antes de los 18 años: 65,72% está totalmente de acuerdo y 11,61% de acuerdo, sumando 77,33% de reconocimiento. Esto sugiere inicio temprano y normalización social del consumo, con potenciales implicaciones en salud, rendimiento y riesgos posteriores. El 6,52% se mantiene neutral, lo que puede reflejar duda, ambigüedad en la pregunta o reserva para responder. En contraste, 7,08% está en desacuerdo y 9,07% totalmente en desacuerdo (16,15%), indicando un grupo sin consumo temprano. En conjunto, el hallazgo refuerza la necesidad de prevención escolar y comunitaria, y de educación familiar más intensa.

Tabla 2: Pregunta 2.

¿Cree usted que, cuando una persona ingresa a un centro de rehabilitación, se le explica de forma clara lo que ocurrirá durante el tratamiento y las reglas que debe cumplir?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Totalmente de acuerdo	44	12,5	12,5	12,5
	De acuerdo	31	8,8	8,8	21,2
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	38	10,8	10,8	32,0
	En desacuerdo	97	27,5	27,5	59,5
	Totalmente en desacuerdo	143	40,5	40,5	100,0
	Total	353	100,0	100,0	

Nota: resultados pregunta 2.

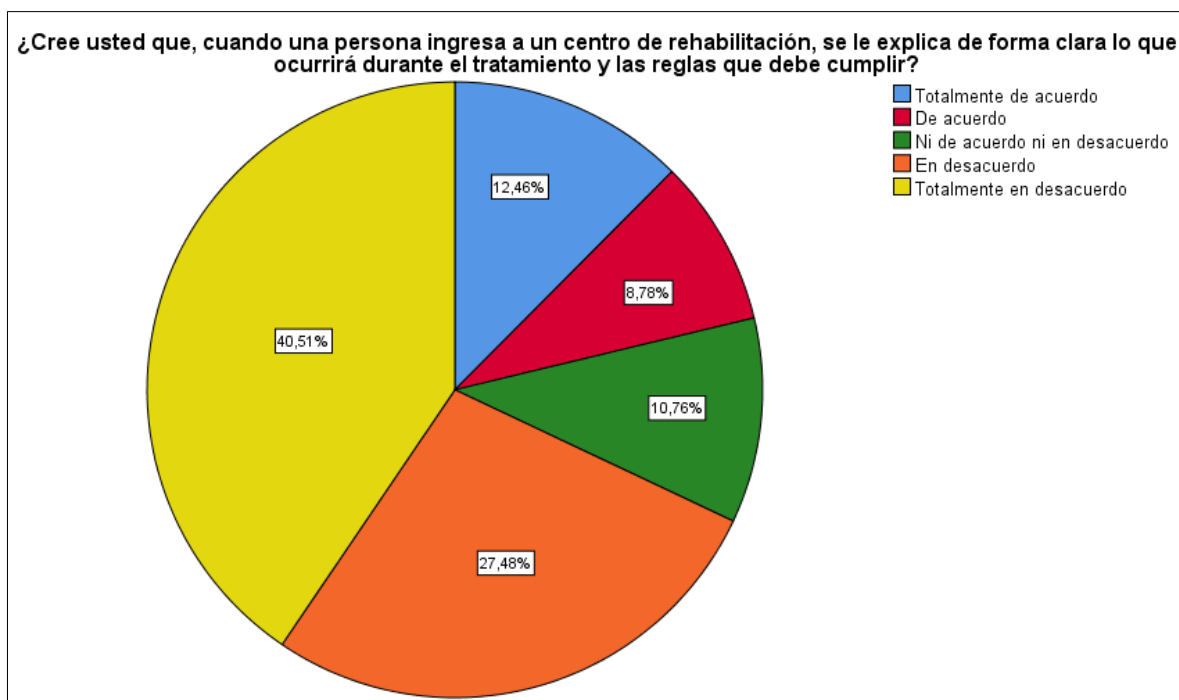


Ilustración 2 Representación gráfica pregunta 2

Análisis e interpretación. Los resultados evidencian una percepción mayoritariamente negativa sobre la claridad informativa al ingresar a un centro de rehabilitación. El 40,51% está totalmente en desacuerdo y el 27,48% en desacuerdo, lo que suma 67,99% y sugiere que, para la mayoría, no se explican de manera comprensible el tratamiento ni las reglas. En contraste, solo 12,46% está totalmente de acuerdo y 8,78% de acuerdo (21,24%), lo que refleja una confianza limitada en estos procesos. El 10,76% se mantiene neutral, indicando incertidumbre o desconocimiento. En conjunto, el hallazgo apunta a déficits de comunicación, transparencia y garantías básicas.

Tabla 3: Pregunta 3.

¿Considera usted que las autoridades controlan y supervisan adecuadamente a los centros de rehabilitación para evitar maltratos o abusos?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Totalmente de acuerdo	63	17,8	17,8	17,8
	De acuerdo	54	15,3	15,3	33,1
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	42	11,9	11,9	45,0
	En desacuerdo	99	28,0	28,0	73,1
	Totalmente en desacuerdo	95	26,9	26,9	100,0
	Total	353	100,0	100,0	

Nota: resultados pregunta 3



Ilustración 3 Representación gráfica pregunta 3.

Análisis e interpretación. Los resultados reflejan una confianza limitada en el control estatal sobre los centros de rehabilitación. El 28,05% está en desacuerdo y el 26,91% totalmente en desacuerdo, sumando 54,96%, lo que indica que más de la mitad percibe supervisión insuficiente para prevenir maltratos o abusos. En el extremo contrario, 17,85% totalmente de acuerdo y 15,30% de acuerdo (33,15%) sugieren que un sector sí reconoce acciones de control, aunque minoritarias. El 11,90% se mantiene neutral, posiblemente por desconocimiento o falta de información verificable. En conjunto, el hallazgo apunta a una percepción social de debilidad institucional y necesidad de mayor fiscalización y transparencia.

Tabla 4: Pregunta 4.

¿Cree usted que, en algunos centros de rehabilitación, pueden ocurrir situaciones que afecten la dignidad o el bienestar de las personas internadas?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Totalmente de acuerdo	234	66,3	66,3	66,3
	De acuerdo	69	19,5	19,5	85,8
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	17	4,8	4,8	90,7
	En desacuerdo	15	4,2	4,2	94,9
	Totalmente en desacuerdo	18	5,1	5,1	100,0
	Total	353	100,0	100,0	

Nota: resultados pregunta 4

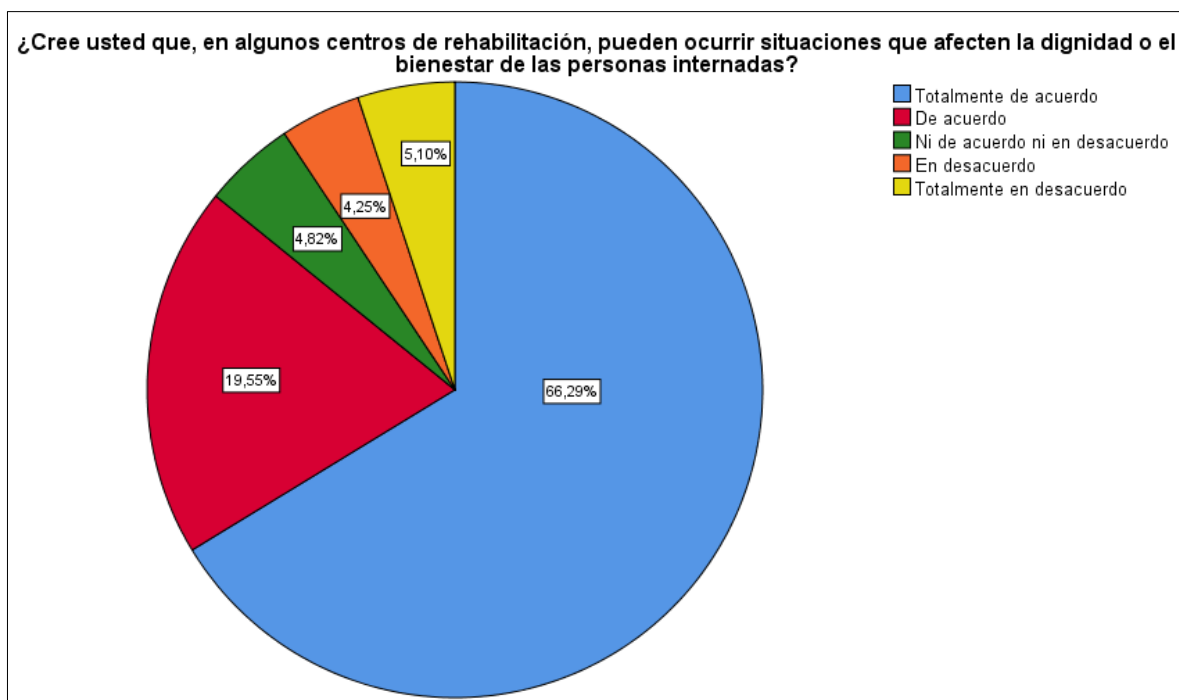


Ilustración 4 Representación gráfica pregunta 4.

Análisis e interpretación. Los resultados muestran una percepción ampliamente afirmativa sobre la posibilidad de vulneraciones en centros de rehabilitación. El 66,29% está totalmente de acuerdo y el 19,55% de acuerdo, sumando 85,84%, lo que evidencia que la mayoría considera plausible que ocurran situaciones que afecten la dignidad o el bienestar de las personas internadas. Este nivel de consenso sugiere una preocupación social instalada y una expectativa de riesgo asociada a estos espacios. El 4,82% se mantiene neutral, lo que puede responder a falta de información directa o cautela al opinar. En contraste, 4,25% está en desacuerdo y 5,10% totalmente en desacuerdo (9,35%), indicando una minoría que no percibe tales afectaciones como probables.

Tabla 5: Pregunta 5.

¿Considera usted que, en general, las medidas aplicadas para tratar las adicciones respetan la voluntad y la integridad de las personas?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Totalmente de acuerdo	49	13,9	13,9	13,9
	De acuerdo	43	12,2	12,2	26,1
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	43	12,2	12,2	38,2
	En desacuerdo	91	25,8	25,8	64,0
	Totalmente en desacuerdo	127	36,0	36,0	100,0
	Total	353	100,0	100,0	

Nota: resultados pregunta 5

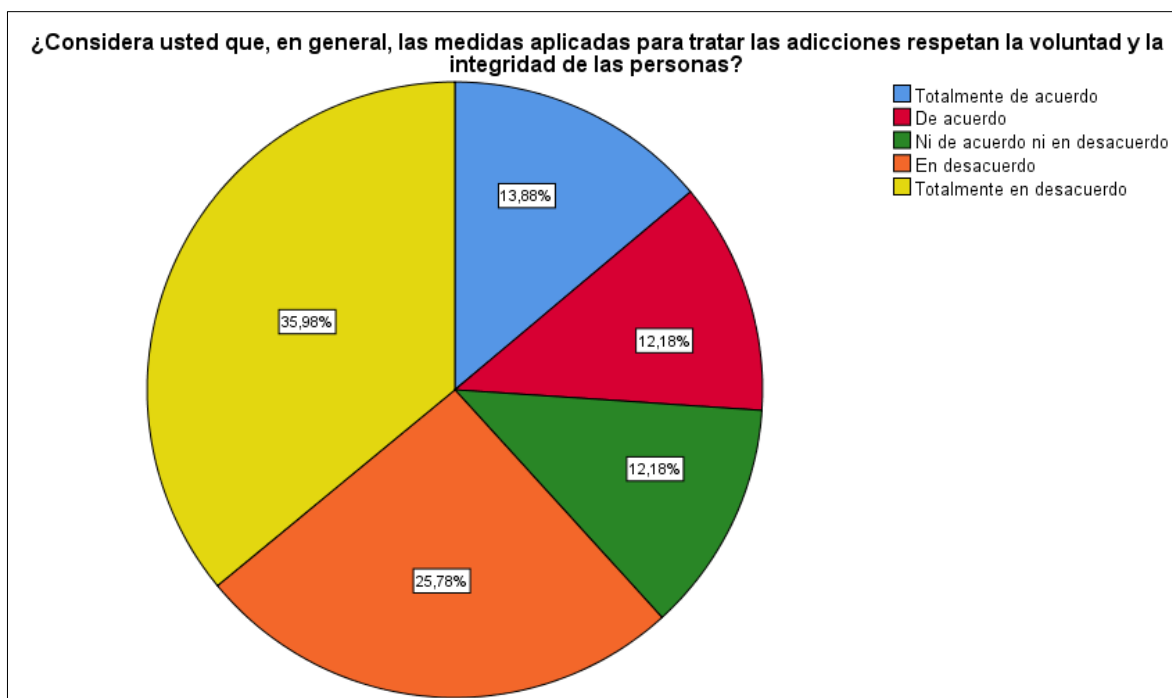


Ilustración 5 representación gráfica pregunta 5.

Análisis e interpretación. Los resultados reflejan una valoración predominantemente crítica sobre el respeto a la voluntad e integridad en las medidas aplicadas para tratar adicciones. El 35,98% está totalmente en desacuerdo y el 25,78% en desacuerdo, sumando 61,76%, lo que indica que, para la mayoría, las intervenciones no garantizan plenamente un trato respetuoso y voluntario. En sentido contrario, 13,88% está totalmente de acuerdo y 12,18% de acuerdo (26,06%), evidenciando un grupo minoritario que percibe mayor respeto en los procedimientos. El 12,18% se mantiene neutral, lo que puede asociarse a desconocimiento de experiencias concretas o a percepciones mixtas. En conjunto, el hallazgo refuerza la idea de brechas entre el enfoque de derechos esperado y la práctica percibida.

Discusión

La presente investigación se plantea desde una preocupación central: la distancia entre un marco jurídico que, al menos en el plano formal, se declara garantista —reconoce a las adicciones como un problema de salud pública y prohíbe la criminalización— y una realidad social e institucional en la que persisten vacíos, prácticas ambiguas y escenarios propicios para la vulneración de derechos en el tratamiento de adicciones. En el propio desarrollo teórico se subraya que la Constitución ecuatoriana, en el artículo 364, desplaza el enfoque punitivo hacia uno sanitario y obliga al Estado a desarrollar programas de información, prevención, control, tratamiento y rehabilitación, premisa que fija el estándar de actuación pública y, por tanto, el criterio de evaluación de la política y de los servicios disponibles.

Sin embargo, los datos y la información planteados en el presente estudio reconocen una problemática jurídica e institucional: las normas que regulan los CETAD no se ajustan plenamente a la realidad de la adicción y “existen vacíos legales” que dejan abierta una brecha para vulneraciones de derechos fundamentales.

A partir de esa tensión estructural, los resultados cuantitativos levantados mediante encuesta permiten observar cómo la ciudadanía percibe y experimenta —directa o indirectamente— las expresiones sociales de ese desfase normativo.

El primer hallazgo (pregunta 1) es especialmente relevante porque sitúa la discusión en el origen del ciclo problemático: el inicio temprano del consumo. La proporción de respuestas que indican consumo de alcohol, drogas o sustancias estupefacientes antes de los 18 años (sumando “totalmente de acuerdo” y “de acuerdo”) es mayoritaria, lo que sugiere que el contacto temprano con sustancias no constituye un fenómeno marginal, sino un patrón extendido en la población encuestada.

En términos interpretativos, esto no solo refuerza la dimensión de salud pública del problema; también desnuda una debilidad de las estrategias de prevención, pues la prevención efectiva debería reducir precisamente la edad de inicio, considerada un predictor de mayor riesgo de dependencia, policonsumo y complicaciones en la vida adulta. Este resultado dialoga de forma directa con la información incorporada sobre la “geografía del abandono”: el diagnóstico de la Política Nacional de Salud Mental 2025–2030 identifica 256 parroquias en vulnerabilidad crítica frente a drogas, donde viviría el 66% de la población nacional, y vincula esa vulnerabilidad con factores como actividades ilícitas, condiciones socioeconómicas, condiciones biogeográficas y, de forma decisiva, presencia del Estado A. Vallejos (comunicación personal, 14 de enero, 2026).

Cuando el inicio del consumo se presenta a edades tempranas —y, adicionalmente, cuando la edad promedio de inicio de alcohol se ubica alrededor de los 13,8 años— la discusión ya no puede limitarse al plano individual; obliga a una lectura estructural: la conducta de consumo se alimenta de entornos de precariedad, exposición y ausencia de soporte institucional, y el derecho, si aspira a ser eficaz, debe dialogar con esas condiciones de posibilidad. El resultado, en suma, confirma el problema de investigación en su dimensión social: la demanda real de intervención estatal es alta, y se activa antes de la mayoría de edad, precisamente cuando la protección reforzada debería ser más intensa.

Ahora bien, el núcleo jurídico del estudio se concentra en la voluntariedad del tratamiento, el consentimiento informado y el riesgo de que, en nombre de la rehabilitación, se produzcan privaciones de libertad o tratos incompatibles con la dignidad humana. En este punto, la pregunta 2 ofrece un indicador contundente: la mayoría de encuestados no cree que, cuando una persona ingresa a un centro de rehabilitación, se le explique de forma clara lo que ocurrirá durante el tratamiento y las reglas que debe cumplir.

Es decir, desde la percepción ciudadana, la transparencia informativa y la comunicación efectiva al ingreso serían deficitarias. Este dato es especialmente sensible porque el trabajo teórico enfatiza que el consentimiento no debe entenderse como un mero acto formal, sino

como un proceso jurídico que exige información suficiente, claridad y comprensión; la Ley Orgánica de Salud Mental, según el análisis presentado, demanda que el consentimiento sea libre e informado y prevé que exista consentimiento o, en su defecto, una orden judicial bajo condiciones determinadas (Congreso Nacional, 2006).

Además, en el propio marco del estudio se rescata que la LOSM reconoce derechos concretos vinculados a la experiencia terapéutica, prevenir y proteger frente a tratos deshumanizantes, crueles o violentos y expresar un consentimiento voluntario, previo, libre e informado.

Si la percepción social dominante es que no se explica de forma clara el tratamiento ni las reglas, entonces la discusión no es meramente procedimental; apunta a una erosión de la garantía sustantiva que el consentimiento informado representa. En términos de derechos, la falta de información real y comprensible debilita la autonomía y abre el terreno para prácticas discrecionales; en términos institucionales, alimenta la desconfianza y dificulta la legitimidad social de las intervenciones.

La pregunta 3 profundiza ese diagnóstico y lo conecta con la responsabilidad estatal de control y fiscalización. Más de la mitad de encuestados considera que las autoridades no controlan ni supervisan adecuadamente a los centros de rehabilitación para evitar maltratos o abusos. Esta percepción se articula con lo que el propio texto teórico desarrolla: la Ley Orgánica de Salud asigna a la Autoridad Sanitaria Nacional —Ministerio de Salud Pública— competencias de rectoría y, por tanto, funciones de aplicación, control y vigilancia del cumplimiento normativo (Congreso Nacional, 2006).

Si la ciudadanía percibe que ese control es insuficiente, el hallazgo no puede leerse solo como una “opinión”: es un síntoma de déficit de gobernanza en un sector donde la asimetría de poder es extrema, porque involucra internamientos, tratamientos prolongados, estados de crisis, y, con frecuencia, decisiones familiares tensionadas por la urgencia y el miedo. En esa clase de escenarios, cuando el Estado no logra construir una supervisión efectiva, el sistema se fragmenta: se multiplica la oferta irregular, aumenta la probabilidad de abuso, y se intensifica la dependencia de soluciones privadas, con el consecuente sesgo de clase. Esto coincide con el argumento del documento: la rehabilitación puede convertirse en un privilegio cuando la oferta pública es escasa y el acceso depende de la capacidad de pago, lo que contradice el mandato de acceso universal y oportuno en salud.

A esta lectura se suma la información sobre que la red pública contaría con apenas 10 CETAD y 393 camas para todo el país, en un contexto de alta demanda y expansión del policonsumo. (FLACSO ECUADOR, 2013). Esta brecha de capacidad ayuda a explicar por qué la fiscalización y el control se vuelven más complejos. Cuando el sistema formal es pequeño y no logra absorber la demanda, se crea un “mercado” paralelo de atención, que opera en los bordes de la regulación o directamente fuera de ella. En el desarrollo teórico del estudio se identifica, precisamente, que la falta de regulación técnica eficiente habría permitido la proliferación de establecimientos no regularizados, donde se producirían tratos inhumanos bajo el pretexto de rehabilitación.

En consecuencia, la percepción ciudadana de que no existe supervisión adecuada no es un dato aislado: encaja en la lógica de un sistema que, por capacidad limitada y fiscalización insuficiente, deja a las familias expuestas a tomar decisiones en escenarios de incertidumbre y desesperación.

La pregunta 4 es, posiblemente, el resultado más fuerte en términos de legitimación social del riesgo: una gran mayoría considera que en algunos centros de rehabilitación pueden ocurrir situaciones que afecten la dignidad o el bienestar de las personas internadas. Este hallazgo funciona como un puente entre el plano normativo y el plano vivencial. En el plano normativo, el trabajo recoge que la LOSM consagra expresamente el derecho a no recibir tratos deshumanizantes, crueles, violentos o tortura dentro de establecimientos donde se autorice internamiento A. Vallejos (comunicación personal, 14 de enero, 2026).

En el plano social, la encuesta muestra que la expectativa de vulneración es muy alta, lo que significa que, incluso antes de discutir casos concretos, la institución “centro de rehabilitación” aparece asociada —en el imaginario social— a un potencial de daño. Esta percepción, además, se refuerza con el componente clínico y de derechos humanos presente en el marco teórico: se afirma que, ante la falta de respuesta pública, muchas familias recurren a centros no regularizados y allí el paciente puede ser objeto de tratos crueles y violentos, prohibidos por la Constitución y la propia ley.

La convergencia entre teoría y resultados es clara: el problema no se reduce a un conflicto abstracto entre libertad y vida; incluye una dimensión concreta de riesgo de violencia institucional y vulneración de integridad, que la ciudadanía reconoce como plausible y, por tanto, exige respuesta.

La pregunta 5 añade un elemento de síntesis: la mayoría de encuestados considera que, en general, las medidas aplicadas para tratar adicciones no respetan la voluntad y la integridad de las personas. Este resultado es crítico porque impacta el corazón del debate jurídico de la investigación: la voluntariedad como garantía y, simultáneamente, como posible punto ciego del sistema. El texto teórico expresa una tesis provocadora: el derecho a la voluntad puede convertirse en una “sentencia de desprotección” cuando no existe alternativa para una voluntad anulada por la sustancia en casos de adicción avanzada A. Vallejos (comunicación personal, 14 de enero, 2026).

A ello se suma el enfoque clínico citado: se sostiene que la voluntad del sujeto adicto puede encontrarse anulada por la dependencia neuroquímica y los procesos de abstinencia, lo cual complejiza la exigencia estricta de consentimiento en determinados escenarios de riesgo.

Lo que la encuesta revela es que, más allá de la sofisticación de ese debate, la percepción social tiende a decantar por una conclusión inquietante: el sistema de medidas, tal como se aplica, no estaría garantizando ni voluntad ni integridad. En términos de discusión, esto obliga a diferenciar dos planos: uno, la justificación de medidas de tutela en contextos de riesgo inminente; otro, el control estricto de esas medidas para evitar que se conviertan en privaciones arbitrarias o prácticas violentas. El déficit percibido por la ciudadanía sugiere

que ese control estricto —procedimental, institucional y judicial— no es visible o no es creíble.

En esta investigación, la discusión debe incorporar un punto nodal: la arquitectura normativa ecuatoriana ha avanzado en el reconocimiento de derechos, pero su implementación se enfrenta a vacíos operativos y a una capacidad estatal limitada. El propio análisis normativo del trabajo destaca que la LOSM representaría un “giro garantista”, al reconocer la salud mental como derecho humano fundamental y al elevar el tratamiento de adicciones a un plano de dignidad humana, alejándolo del enfoque moralista; sin embargo, se observa que en la práctica esa concepción no se aplica plenamente y persisten estereotipos sobre la adicción.

Esta afirmación se ve reforzada por la encuesta: la falta percibida de información al ingreso (pregunta 2), la desconfianza en la supervisión estatal (pregunta 3), la alta expectativa de afectaciones a la dignidad (pregunta 4) y la evaluación negativa del respeto a voluntad e integridad (pregunta 5) dibujan un patrón coherente: la ciudadanía interpreta que el sistema real de tratamiento opera con déficits de derechos, aunque el marco normativo postule lo contrario. En lenguaje jurídico, se trata de una brecha entre “validez” y “eficacia”: la norma existe, pero no consigue ordenar la realidad.

La información adicional sobre la Política Nacional de Salud Mental 2025–2030 ayuda a explicar el entorno en el que esa brecha se amplifica. Si el 66% de la población vive en parroquias con vulnerabilidad crítica frente a drogas, y si uno de los factores para definir vulnerabilidad es precisamente la “presencia del Estado”, entonces el problema de adicciones aparece como un fenómeno territorializado, atravesado por desigualdad y por capacidades institucionales diferenciadas según territorio Antonella Vallejos (comunicación personal, 14 de enero, 2026).

En esas condiciones, exigir un cumplimiento homogéneo de estándares de consentimiento informado, supervisión permanente y garantía de integridad es jurídicamente correcto, pero operativamente insuficiente si el Estado no incrementa su infraestructura, presupuesto y capacidad de control en los territorios donde la vulnerabilidad es crítica. De hecho, el propio diagnóstico describe limitaciones presupuestarias: un gasto históricamente reducido para salud mental, además de una carga económica trasladada a las familias (gasto de bolsillo), lo que reproduce la idea, ya presente en el trabajo, de que la rehabilitación termina funcionando como un privilegio y no como una garantía universal.

Otro elemento sustantivo para la discusión es el cambio del patrón de consumo: el incremento de trastornos por consumo de opioides y la expansión del policonsumo, con miles de atenciones registradas, tensionan la capacidad del sistema y elevan el riesgo clínico. Esto tiene dos implicaciones jurídicas directas. Primero, incrementa el número de situaciones de riesgo inminente (sobredosis, crisis severas de abstinencia) que demandan decisiones rápidas, lo que coloca a familias y centros ante el dilema entre esperar rutas judiciales o intervenir de inmediato.

Segundo, eleva el potencial de abuso cuando las intervenciones se realizan sin controles externos claros. En ese sentido, el propio texto de la investigación identifica que, en la

práctica, para internar a una persona sin voluntariedad se requerirían procesos judiciales de interdicción que pueden tardar meses, tiempo incompatible con la urgencia terapéutica, por lo que se propone un mecanismo de ratificación judicial en 24 a 72 horas para todo internamiento no voluntario.

En una discusión de resultados, esta propuesta adquiere una justificación empírica indirecta: si la ciudadanía percibe que no hay respeto a voluntad e integridad, entonces un diseño institucional que incorpore control judicial temprano podría servir no solo como garantía formal, sino como respuesta a la crisis de legitimidad social que muestran los datos.

La discusión, sin embargo, exige prudencia metodológica. Las encuestas capturan percepciones, y las percepciones pueden estar influenciadas por relatos mediáticos, experiencias cercanas, o el conocimiento parcial del funcionamiento de los centros A. Vallejos (comunicación personal, 14 de enero, 2026). Pero, precisamente porque el instrumento se aplica a ciudadanos en general —no necesariamente expertos en derecho—, sus resultados resultan valiosos para el objetivo de “evidenciar la problemática social”: la legitimidad social del sistema y la confianza ciudadana en la institucionalidad son componentes decisivos para la eficacia de cualquier política pública.

Si la mayoría percibe opacidad informativa, supervisión insuficiente y riesgo de vulneración, esa percepción, aun cuando no pruebe por sí sola cada caso, sí prueba un problema de confianza y de credibilidad. En otras palabras, aun si el sistema formal contara con reglas adecuadas, el hecho de que la población no las perciba como operativas revela una falla comunicativa y una falla de implementación. Esto coincide con lo advertido en el marco teórico: la norma puede ser “muy garantista” en su diseño, pero su aplicación puede terminar transgrediéndola, lo que vacía de contenido los derechos que proclama.

En el mismo sentido, el caso narrado en el desarrollo teórico sobre la “desconfiguración” de la voluntariedad por presión o engaño familiar aporta un matiz esencial: el consentimiento puede existir formalmente, pero resultar sustantivamente viciado cuando la persona se encuentra en una situación de dependencia severa o cuando la familia actúa sin herramientas institucionales.

Esto conecta con el resultado de la pregunta 5: si las medidas no respetan la voluntad, es posible que la ciudadanía esté percibiendo —o conociendo— formas de internamiento que, sin ser “involuntarias” en el papel, funcionan como involuntarias en la práctica. La investigación, entonces, encuentra aquí un punto de articulación potente entre teoría y empírica: la voluntariedad, en ausencia de mecanismos alternativos para casos de voluntad anulada y en ausencia de control externo eficiente, puede transformarse en una ficción jurídica que no protege ni al paciente ni al centro, y que finalmente empuja a soluciones informales. La evidencia cualitativa del estudio (entrevistas a expertos citadas en el texto) refuerza este argumento al señalar que la falta de una vía legal clara para internamiento no voluntario deja a los CETAD en vulnerabilidad jurídica y empuja a prácticas riesgosas A. Vallejos (comunicación personal, 14 de enero, 2026).

Es así como, los cinco resultados, puestos en conjunto y leídos a la luz del problema de investigación, sostienen una tesis integrada: el Ecuador enfrenta una crisis de adicciones territorializada y creciente, con inicio temprano y patrones de consumo más complejos; la capacidad estatal de respuesta (infraestructura, presupuesto y supervisión) es limitada; y, en ese contexto, la ciudadanía percibe que los procesos de tratamiento e internamiento no garantizan suficientemente información, control institucional, dignidad, integridad ni respeto a la voluntad.

Esta conclusión no contradice el marco jurídico analizado; por el contrario, lo confirma por la vía negativa: si la Constitución manda prevención, tratamiento y rehabilitación sin criminalización, pero la realidad percibida es de opacidad, desconfianza y riesgo, entonces el desafío no está en reiterar principios, sino en operacionalizarlos con dispositivos concretos de garantía.

La propuesta de ratificación judicial temprana adquiere aquí un fundamento práctico: puede equilibrar la protección de la vida en escenarios de riesgo inminente con la prevención de privaciones arbitrarias de libertad; al mismo tiempo, una supervisión sanitaria efectiva y una estandarización de protocolos de consentimiento informado responden directamente al déficit percibido en la pregunta 2 y al deber de fiscalización que el marco legal atribuye a la autoridad sanitaria.

Finalmente, la discusión debe recuperar la idea de “geografía del abandono” como categoría explicativa: cuando la presencia estatal es un factor de vulnerabilidad, el derecho a la salud mental y el mandato constitucional sobre adicciones no se realizan de modo uniforme, sino que se debilitan precisamente donde más se necesitan. En esas parroquias críticas, la prevención escolar y comunitaria enfrenta barreras de pobreza, violencia y economías ilícitas; el tratamiento formal enfrenta barreras de cupos y distancia; y la supervisión enfrenta barreras de capacidad operativa.

Por eso, los resultados de la encuesta no deben leerse como una simple crítica al sistema, sino como evidencia social de que el sistema —en su configuración actual— no está logrando traducir el giro garantista en garantías efectivas A. Vallejos (comunicación personal, 14 de enero, 2026).

La investigación, al articular análisis normativo y evidencia empírica, muestra que la discusión jurídica sobre voluntariedad no puede resolverse con dicotomías simples (libertad versus vida), sino con ingeniería institucional: procedimientos claros, control externo oportuno, capacidad pública suficiente, fiscalización real y enfoque preventivo territorial. Solo así el marco normativo que reconoce a las personas con adicciones como sujetos de derechos —y no como objetos de moralización o castigo— podrá convertirse en experiencia vivida y no únicamente en promesa legal.

CONCLUSIONES

La investigación evidencia una brecha relevante entre el marco constitucional y legal que reconoce las adicciones como un problema de salud pública y exige un enfoque de derechos,

y la realidad percibida por la ciudadanía. Los resultados muestran desconfianza en la claridad informativa al ingreso a centros, dudas sobre la supervisión estatal y una alta percepción de riesgo de afectación a la dignidad, lo que sugiere déficits de implementación, control y garantías efectivas en los procesos de tratamiento y rehabilitación.

Los hallazgos cuantitativos refuerzan el carácter estructural y territorial del fenómeno: existe un inicio temprano del consumo y una percepción generalizada de que las intervenciones no respetan plenamente la voluntad e integridad de las personas. Esto se vincula con un contexto de vulnerabilidad social y limitada presencia estatal, lo cual agrava la exposición de adolescentes y familias y dificulta el acceso oportuno a servicios públicos especializados, aumentando la probabilidad de recurrir a alternativas informales o no regularizadas.

En términos jurídico-institucionales, se concluye que el sistema requiere mecanismos operativos que equilibren la protección de la vida y la salud con la prevención de vulneraciones de derechos. Resulta indispensable fortalecer la rectoría y fiscalización de la autoridad sanitaria, estandarizar protocolos de consentimiento informado y trazabilidad del ingreso, y consolidar procedimientos de control externo oportuno en internamientos no voluntarios, junto con una expansión real de la oferta pública y medidas preventivas focalizadas en territorios de mayor vulnerabilidad.

La investigación concluye que el ordenamiento jurídico ecuatoriano sostiene una “ficción de voluntariedad” que desprotege al sujeto con adicción avanzada. Mientras que la normativa exige un consentimiento libre e informado para el ingreso a los Centros Especializados (CETAD), la evidencia científica y clínica demuestra que la dependencia neuroquímica anula las funciones ejecutivas y el juicio del individuo. Esta antinomia entre la norma y la realidad patológica genera un vacío legal donde la familia se ve obligada a recurrir al engaño o a centros clandestinos ante la imposibilidad de obtener un consentimiento válido o una respuesta judicial oportuna.

Por lo tanto, resulta imperativo implementar un mecanismo de ratificación judicial sumaria (de 24 a 72 horas) que valide el internamiento no voluntario basado en criterios técnicos y no en intereses particulares. Solo mediante esta intervención judicial temprana se podrá dotar de seguridad jurídica a los profesionales de la salud mental y, simultáneamente, garantizar que la privación temporal de la libertad sea una medida de tutela legítima destinada a preservar la vida y la integridad del paciente, evitando que la rehabilitación dependa de la capacidad de pago o de la oferta informal de centros no regularizados.

RECOMENDACIÓN PARA EL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA (MSP) Y LA AGENCIA DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD (ACCESS).

Se recomienda al diseño e implementación de un Protocolo Nacional de Intervención en Crisis y Trazabilidad del Internamiento No Voluntario, con el fin de eliminar la brecha de desprotección que sufren los pacientes con dependencia severa. Esta política debe estructurarse bajo los siguientes ejes:

Estandarización de la Incapacidad Volitiva: El Ministerio de Salud debe emitir una normativa técnica que defina los criterios clínicos bajo los cuales se considera que la voluntad de un paciente está anulada por el consumo de sustancias. Esto evitará que la decisión de internar dependa del arbitrio de familiares o centros privados, basándose en evidencia neurobiológica y psiquiátrica.

Creación de una Ventanilla única Judicial – Sanitaria: Es necesario establecer un mecanismo de comunicación inmediata entre el MSP y la Función Judicial para que todo internamiento por emergencia o riesgo inminente sea notificado y ratificado por un juez en un plazo máximo de 72 horas. Esto otorgará seguridad jurídica a los profesionales de salud y garantizará que no se produzcan privaciones arbitrarias de la libertad.

Ampliación y Fiscalización Territorial: El Estado debe priorizar la expansión de la red pública de CETAD, actualmente limitada a solo 10 centros nacionales, enfocándose en las 256 parroquias identificadas con vulnerabilidad crítica frente a las drogas. Asimismo, la ACCESS debe ejecutar una fiscalización rigurosa y permanente para clausurar centros clandestinos que operan bajo la fachada de fundaciones, garantizando que el tratamiento se aleje de visiones moralistas y se centre en la dignidad humana.

Implementación del Consentimiento Informado Progresivo: Se debe asegurar que el consentimiento no sea un acto único de firma al ingreso, sino un proceso continuo que respete la autonomía del paciente a medida que recupera sus facultades cognitivas durante el tratamiento.

REFERENCIAS

- Arízaga, C. (2024). INEC estima que, según proyecciones en el mediano plazo, Ecuador tendrá más adultos mayores, menos niños y adolescentes en 2050.
<https://www.censoecuador.gob.ec/ecuador-tendra-mas-adultos-mayores-menos-ninos-y-adolescentes-en-2050/#:~:text=As%C3%AD%20el%20Instituto%20estima%20que,y%2021.1%20millones%20en%202050.>
- Asamblea Nacional. (2022). Capítulo III DERECHOS Y DEBERES DE LAS PERSONAS Y DEL ESTADO EN RELACIÓN CON LA SALUD. En A. Nacional, Ley Orgánica de Salud (págs. 7-9). Quito: Suplemento del Registro Oficial 311, 16-V-2023.
- Asamblea Nacional. (2024). Art. 42. - Requerimientos para internamiento. En A. Nacional, Ley Orgánica de Salud Mental (pág. 20). Quito: Quinto Suplemento del Registro Oficial 689, 22-XI-2024.
- Asamblea Nacional. (2024). Art. 38. - Internamiento. En A. Nacional, Ley Orgánica de Salud Mental (pág. 18). Quito: Quinto Suplemento del Registro Oficial 689, 22-XI-2024.

- Asamblea Nacional. (2024). Ley Orgánica de Salud Mental. En A. Nacional, Ley Orgánica de Salud Mental (págs. 7 - 9). Quito: Quinto Suplemento del Registro Oficial 689, 22-XI-2024.
- Asamblea Nacional Constituyente. (2008). Constitución de la República del Ecuador. En A. N. Constituyente, Constitución de la República del Ecuador (pág. 125). Montecristi - Manabí: Tercer Suplemento del Registro Oficial 568, 30-V-2024 Ediciones Legales.
- BBC NEWS MUNDO. (2019). [bbc.com/mundo/noticias. https://www.bbc.com/mundo/noticias-50687669](https://www.bbc.com/mundo/noticias-50687669)
- Bossano, R. (Enero de 2026). Entrevista al Psicólogo Ronny Bossano Director CETAD VITANOVA. (D. A. Jácome, Entrevistador)
- Cabrera Orellana, P. E., Aguilar Alberca, A. J., & Torres Álvarez, M. N. (2023). Factores psicosociales que inciden en el consumo de sustancias en la población de adultos varones de 20 a 40 años internados en los Cetad's "CREIAD", y "La Barca" en la Ciudad de Cuenca. <https://dspace.uazuay.edu.ec/handle/datos/13145>
- Cantos, G. (2026). Entrevista Antropóloga Gabriela Canto, compañera en CETAD VITANOVA. (A. V., Entrevistador)
- Chavez, J. (2024). Análisis jurídico de la tabla del consumo de drogas en Ecuador. MQRInvestigar. doi:<https://doi.org/10.56048/MQR20225.8.1.2024.4985-5000>
- Cuenca, C. (2022). Medidas de seguridad para personas inimputables por adicción a sustancias estupefacientes y psicotrópicas. Polo del conocimiento. doi:<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9263540>
- Edel, U. (Dirección). (1981). Cristina F. [Película].
- Edwards, S. G. (2011). Washington Office on Latin America | WOLA. <https://www.wola.org/sites/default/files/downloadable/Drug%20Policy/2011/Spanish/sistemas%20sobrecargados-resumen%20ecuador-web.pdf>
- EL CONGRESO NACIONAL. (22 de Diciembre de 2006). LEY ORGANICA DE SALUD. Ley 67. Ley Orgánica de Salud. Quito, Pichincha, Ecuador: Registro Oficial de Ecuador N° 423-Suplemento del 22 de diciembre de 2006 . Obtenido de LEY ORGANICA DE SALUD.
- Farfán, L. (2025). Derechos de personas con discapacidad mental y adicciones en interdicción y guarda judicial en Ecuador. LEX. doi:<https://revistalex.org/index.php/revistalex/article/view/576>
- FLACSO ECUADOR. (2013). URVIO. file:///C:/Users/Domenica/Downloads/91-175-PB-1.pdf

- Fundación Princesa de Asturias. (2012). Fundación Princesa de Asturias. Martha C. Nussbaum Premio Príncipe de Asturias de Ciencias Sociales 2012
<https://www.fpa.es/es/premios-princesa-de-asturias/premiados/2012-martha-c-nussbaum/?texto=trayectoria>
- Giner, J. (Dirección). (2024). Yo Adicto [Película].
- Granda, L. (2025). El hábeas corpus como mecanismo de protección del derecho a la libertad frente a privaciones ilegales por parte de particulares: análisis de su aplicación en clínicas de desintoxicación y centros de deshomosexualización en el Ecuador. G-NER@NDO. doi:<https://doi.org/10.60100/rcmg.v6i2.758>
- Guamán, K. (2021). La investigación jurídica: objeto, paradigma, método, alcance y tipos. Conrado. <https://conrado.ucf.edu.cu/index.php/conrado/article/view/2006>
- Jácome, D. V. (2026). Entrevista al Psicólogo Ronny Bossano Director CETAD VITANOVA. Entrevista al Psicólogo Ronny Bossano Director CETAD VITANOVA. YouTube (<https://youtu.be/iOSwfzDTXA?si=3T67Ip-t7xLL8c35>).
- Mondragon, R. (2023). El enfoque de las capacidades de Nussbaum.
<https://www.redalyc.org/>: <https://doi.org/10.29092/uacm.v20i52.1004>
- Naciones Unidas . (10 de Diciembre de 1948). www.un.org/es. Naciones Unidas.
<https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>
- Naciones Unidas . (2025). Naciones Unidas. Conferencia de las Naciones Unidas para considerar enmiendas a la Convención única de sobre Estupefacientes - Ginebra 1972. <https://www.un.org/es/conferences/drug/geneva1972>
- Naciones Unidas. (1988). Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico de Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas. Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico de Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas. Viena, Austria: Naciones Unidas .
- Naciones Unidas. (2025). [un.org](http://www.un.org).<https://www.un.org/es/about-us/history-of-the-un/1941-1950>
- Organización Panamericana de la Salud. (1995). Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. En O. P. Salud, Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. - 10a. revisión. (pág. 295). Publicación Científica ; 554.
- Proaño, D. (2024). El acceso al régimen semiabierto y el principio de igualdad. MQRInvestigar. doi:<https://doi.org/10.56048/MQR20225.8.4.2024.1338-1351>
- Rieck, K. H. (1978). Los niños de la Estación del Zoo. Barcelona: Edición al español por Editorial Argos Vergara, S.A.

- Rodriguez, R. B. (2012). Martha Nussbaum. Las capacidades humanas y la vida buena.
https://www.ieturolenses.org/revista_turia/index.php/actualidad_turia/martha-nussbaum-las-capacidades-humanas-y-la-vida-buena
- Sampieri, R. H., Collado, C. F., & Valencia, P. B. (2014). Metodología de la Investigación (pág. 358). México D.F: Mc Graw Hill Education.
- Sentencia No. 7-18-JH y acumulados/22 Prisión preventiva a personas con enfermedad mental, CASO No. 7-18-JH y acumulados (Jueza Ponente: Karla Andrade Quevedo; Dr. Hernán Salgado Pesante; Dra. Aída García Berni y Ramiro Avila Santamaría 2027 de Enero de 2022).
- Terán, D. (2026). Entrevista a sociólogo Darío Terán, sobre Adicciones en el estado Ecuatoriano. (A. Vallejos, Entrevistador)
- Vallejos, A. (2026). Mi historia en Centros de Rehabilitación Ecuador parte 1. YouTube.
- Vallejos, D. (Enero de 2026). Entrevista al Sociologo Darío Terán, sobre Adicciones en el estado Ecuatoriano. YouTube
<https://youtu.be/IMqv3MxZaDo?si=i9FXPXMJQ3nJQp0F>.