
La atención institucional a las toxicomanías en España: evaluación diagnóstico de los planes autonómicos sobre drogas

A. TRINIDAD REQUENA*, M. D. MARTÍN-LAGOS LÓPEZ**, M. FERNÁNDEZ ALONSO***.

Profesor Titular de Sociología*. Becaria de Investigación**. Becaria de Investigación***.
Departamento de Sociología. Universidad de Granada

Enviar correspondencia a:

Antonio Trinidad Requena. Departamento de Sociología. Facultad de CCPP y Sociología. Universidad de Granada.
C/ Rector López Argüeta s/n 18071 Granada. Tlf: 958244125. E-mail: atrinida@ugr.es

RESUMEN

A diferencia de lo que ocurre en otros países, la atención a las toxicomanías en España ha experimentado una progresiva descentralización administrativa, con la intención de aproximarse a las necesidades de los ciudadanos. En la actualidad, tienen competencias en la materia las administraciones central, autonómica y local, junto con otras entidades privadas que cada vez tienen más importancia. Este proceso supone una mayor dificultad a la hora de conocer las actuaciones emprendidas por todos y cada uno de las instituciones implicadas.

Para conocer la situación esta investigación ha combinado la utilización de fuentes primarias y secundarias. Como resultados fundamentales, se aprecian diferencias entre las regiones, tanto en la situación del consumo como en la planificación y desarrollo de las políticas correspondientes. En este sentido, aún queda mucho por avanzar en el diseño de una verdadera estrategia, con objetivos cuantificables, indicadores de resultado y evaluaciones rigurosas. Estas peculiaridades coexisten con problemas comunes como la necesidad de mejorar la coordinación entre instituciones; enfatizar las actuaciones preventivas, implicando a toda la sociedad; de normalizar y universalizar la asistencia; de desarrollar una red de integración sociolaboral y de fomentar programas rigurosos y modelos basados en la evidencia.

Palabras clave: *Evaluación, drogas, programas, instituciones, tratamiento, prevención, España.*

ABSTRACT

Unlike what is happening in other countries, the attention given to drug dependents in Spain has experienced a progressive administrative decentralisation, with the intention of more closely matching the needs of its inhabitants. At the present time, the central, regional and local governments are responsible for this area, working in conjunction with private organisations which are becoming increasingly important. This arrangement causes great difficulty when ascertaining the actions instigated by each and every one of those involved.

In order to ascertain this situation, this research combined the utilization of primary and secondary sources. As fundamental results, there are appreciable differences between regions, in both the drug use situation and the planning and implementing the corresponding policies. In this respect, there is still a long way to go to progress in designing a true strategy, with quantifiable objectives, performance indicators and meticulous evaluation. This situation coexists with common problems such as the need to improve coordination between institutions; emphasising preventive actions, involving society as a whole; the normalisation of and uniformity of treatment; the development of a social-employment integration network and the promotion of precise programmes and validated models.

Key words: *Evaluation, institution, programme, treatment, prevention, Spain.treatment*

INTRODUCCIÓN

En los últimos años, se aprecia en la política europea en materia de drogas una progresiva tendencia a organizar sus actuaciones mediante planes de acción nacionales, programas o estrategias

mediante sistemas coordinados. Se trata de documentos o propuestas de acción en las que se incluyen los objetivos prioritarios, los recursos, la planificación y organización e incluso sistemas de indicadores para evaluar el grado de consecución de las medidas ejecutadas. En concreto, en el Consejo Europeo de

Helsinki (diciembre de 1999) se aprobó la Estrategia Europea sobre Drogas (2000-2004), donde se determinaron los aspectos más relevantes para la intervención en este campo.

En España, desde 1985 el Plan Nacional sobre Drogas es el máximo órgano responsable de la coordinación de las actuaciones en el campo de las drogodependencias. Participando de la nueva filosofía europea, en 1999 la Delegación del Gobierno para el PNSD, en colaboración con las entidades autonómicas, locales y no gubernamentales, aprobó la Estrategia Nacional sobre Drogas (2000-2008)². Supone la plasmación en un documento escrito de las principales líneas de actuación a desarrollar en los próximos años. En ella se parte de un análisis de la situación, para continuar desarrollando un conjunto de metas y objetivos en las diferentes áreas de intervención. Además, incluye de un modo novedoso, la elaboración de indicadores evaluables para los años 2003 y 2008.

En todo este entramado, se considera fundamental, para la consecución de los objetivos propuestos, la implicación y coordinación de las instancias participantes. En este sentido, la Administración Central, las Autonómicas, Locales, las ONG's y otras entidades sociales, tienen asignadas sus propias competencias que las hacen responsables en esta materia. Concretamente, nuestra investigación se ha centrado en el ámbito autonómico, al cual se le atribuyen las funciones de diseño y elaboración de sus Planes en materia de drogodependencias con el soporte legal correspondiente; de planificación, coordinación y desarrollo, en el marco de sus competencias, de la prevención, asistencia e integración social del drogodependiente.

Además, la regulación normativa de autorización y acreditación de centros, servicios y programas; el desarrollo y ejecución de la función inspectora y el ejercicio de la potestad sancionadora y, en último lugar, la coordinación de las actuaciones con otras Administraciones y entidades sociales, fomentando la participación social³. En este marco, resulta de interés conocer más detalladamente la situación y el modo de actuación en cada Comunidad, lo que facilita la comprensión a nivel nacional e internacional de una realidad compleja. Conscientes de esta necesidad, en 1999 la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas estimó adecuada la puesta en marcha de una evaluación externa de los Planes Autonómicos, cuyos principales resultados se exponen a continuación.

MATERIAL Y MÉTODOS

Con motivo de la finalidad anteriormente descrita, se ha desarrollado una Evaluación Diagnóstico que pretende conocer en profundidad el alcance del problema y sus características básicas para hacerle frente. Entre los objetivos específicos, se ha perseguido describir y analizar las diferentes áreas de actuación: prevención, intervención asistencial e incorporación social; conocer su desarrollo, funcionamiento y algunos de los resultados obtenidos; revisar los diferentes estudios e investigaciones referidas al ámbito de la drogadicción y estudiar la coordinación entre las administraciones, concluyendo con un análisis de la situación de las Comunidades y Ciudades Autónomas.

Este tipo de evaluación, cuenta con múltiples ventajas, siendo la principal la gran información que proporcionan las distintas fuentes que utiliza y el análisis por parte de evaluadores externos, rasgos que la dotan de un elevado grado de libertad para enjuiciar los programas. Además, este estudio es de carácter global, pretendiendo obtener una visión holística del fenómeno de las drogodependencias. Por este motivo, se han contemplado un gran número de aspectos relacionados tales como la situación del consumo, las consecuencias sanitarias y sociales derivadas; los recursos humanos y económicos empleados para hacerle frente, la planificación de las políticas públicas, la estructura y coordinación entre las distintas administraciones y la situación general de cada área de intervención: Prevención, Intervención Asistencial, Incorporación Social, Formación, Estudios e Investigaciones.

El procedimiento seguido ha constado de cinco fases: en primer lugar, el análisis de fuentes secundarias y la elaboración de una base de datos con la información obtenida en las Memorias de cada Comunidad y otras estadísticas procedentes de algunos organismos como el Plan Nacional y el Observatorio Español sobre Drogas, el Centro de Investigaciones Sociológicas, el Instituto Nacional de Estadística y el Ministerio de Sanidad y Consumo, entre otras. A continuación, se elaboró un cuestionario con aquellos aspectos de mayor interés no recogidos en la fase anterior, que fue remitido a los responsables de los distintos Planes Autonómicos y posteriormente analizado. A partir de la información revelada en los cuestionarios⁴, con la intención de ampliar y profundizar en algunas cuestiones, se realizaron entrevistas semi-estructuradas a los responsables de los Planes. En último lugar, se analizaron y triangularon los resultados obtenidos a través

2 A raíz de los cambios acaecidos en el consumo de drogas en España en los últimos años, con el objetivo de adaptarse a la nueva realidad y siguiendo los parámetros europeos, la Estrategia constituye el segundo Plan Nacional sobre Drogas desarrollado en este país.

3 Más información sobre las competencias de cada organismo en la Estrategia Nacional sobre Drogas (2000-2008). www.mir.es/pnsd

4 En esta fase participaron la gran mayoría de las Comunidades y Ciudades Autónomas, con la excepción de Baleares, Canarias y Madrid.

de las distintas fuentes informativas, que fueron nuevamente enviados a los responsables con el fin de someterlos a un juicio de valor, como expertos en la materia.

RESULTADOS

1.- Situación general del consumo y consecuencias derivadas

Partiendo de la perspectiva histórica, en España se han dado un conjunto de transformaciones significativas que caracterizan el consumo de drogas. Si durante los años 80 y principios de los 90, la heroína era la droga principal y la que más problemas generaba en nuestra sociedad, a lo largo de la década de los 90, surgen en la "escena" las llamadas "drogas de síntesis" y el uso de diferentes patrones de consumo, especialmente de alcohol entre los más jóvenes, individuos normalizados e integrados en su medio familiar y social. En la actualidad, los cambios más destacados han sido el

descenso del consumo de heroína y la transformación en su vía de administración (disminuye la inyectada y aumenta la fumada o inhalada), se ha extendido el consumo de drogas de síntesis (éxtasis y similares) y se ha producido un ligero incremento del uso de cocaína entre la población juvenil, aumentando las demandas a tratamiento por abuso de esta sustancia. Pese a la alarma generada por otras sustancias, en estos momentos, el cannabis es la droga ilegal más consumida y las drogas legales, alcohol y tabaco, siguen siendo las más utilizadas por los españoles⁵.

Junto a estas características generales de la situación española, se observa que la percepción social de la gravedad del fenómeno es menor que en décadas pasadas en la mayoría de las Comunidades y Ciudades Autónomas. De hecho, únicamente en Melilla se considera el problema de la droga "muy grave" y "grave" en Asturias, Cataluña, Ceuta, Galicia y País Vasco. En el resto de Comunidades, la situación se califica como "moderada" y en la mayor parte de ellas, tomando como referencia los últimos cinco años, el contexto ha mejorado. (Ver Tabla 1).

Tabla 1: Situación general del consumo de drogas y evolución en los últimos 5 años

	SITUACIÓN	ACTUAL EVOLUCIÓN EN ÚLTIMOS 5 AÑOS
Aragón	MODERADA	SE MANTIENE
Asturias	GRAVE	SE MANTIENE
Cantabria	MODERADA	HA MEJORADO
Castilla La Mancha	GRAVE-MODERADO	HA MEJORADO
Castilla y León	MODERADA	HA MEJORADO
Cataluña	GRAVE	HA MEJORADO
Ceuta	GRAVE	HA MEJORADO
Extremadura	MODERADA	HA MEJORADO
Galicia	GRAVE	HA MEJORADO
Melilla	MUY GRAVE	SE MANTIENE
Murcia	GRAVE	HA MEJORADO
Navarra	MODERADA	HA CAMBIADO
País Vasco	GRAVE	SE MANTIENE
La Rioja	MODERADA	HA MEJORADO
Valencia	MODERADA	HA MEJORADO

Fuente: elaboración propia a partir de las respuestas recibidas en los cuestionarios enviados a los responsables autonómicos

⁵ Plan Nacional sobre Drogas, Consumo de drogas en España. En <http://www.mir.es/pnd/doc/presenta/consumo.htm>.

Respecto a las sustancias que más problemas generan, en estos momentos, la práctica totalidad de los responsables sitúan el alcohol y el tabaco entre las primeras posiciones y la heroína, ha dejado de ser "la sustancia por excelencia" ocupando una tercera posición por detrás de las anteriormente mencionadas. Aún así, esta última continúa preocupando, especialmente en Aragón, Valencia, Ceuta y Melilla, donde sigue siendo el primer problema. (Ver Tabla 2). De los datos expuestos, se aprecia que los cambios en las sustancias y modos de consumo en la sociedad se perciben en la Administración y dan lugar a la puesta en marcha de nuevas estrategias.

Entrando más detenidamente en los diferentes tipos de sustancias, si contrastamos la opinión de los responsables con los datos suministrados por las encuestas de opinión⁶, se observan patrones diferentes de consumo en función del territorio. En general, las comunidades con mayor consumo de drogas legales e ilegales son Madrid y el País Vasco y junto con ello, se observan tres modelos diferenciados: el primero, incluye a las comunidades más consumidoras de drogas

legales, principalmente el centro y norte de la Península; el segundo, a aquellas destacadas por una mayor prevalencia de cocaína, particularmente las Islas Baleares y Canarias y la costa mediterránea y, finalmente, las drogas de síntesis y las anfetaminas, consumidas en mayor medida en Valencia, el País Vasco y Madrid.

En concreto, la frecuencia de uso de drogas legales (alcohol y tabaco) se sitúa por encima de la media nacional en las comunidades del norte y centro, aunque en el tabaco se suman Cataluña y Andalucía. Sin embargo, aparecen con menor frecuencia en las Islas Baleares y Canarias, Ceuta y Melilla y Cataluña en el caso del alcohol. Respecto a las drogas ilegales, el cannabis se encuentra en mayor proporción en el País Vasco, Asturias, Cantabria y Madrid, registrando, como contrapartida, los menores niveles de consumo en la zona centro y sur de la península (ver Figura 1). La heroína, pese a su descenso, tiene una presencia destacada en Melilla y País Vasco, mientras que en las Islas Baleares y Canarias, Castilla-La Mancha y Extremadura, pasa más desapercibida⁷. Por su parte, la cocaína predomina en Madrid, País Vasco, las Islas Baleares, las

Tabla 2: Sustancias que más problemas generan por orden de importancia, 2001

	1 ^a	2 ^a	3 ^a
Andalucía*	TABACO	ALCOHOL	
Aragón	HEROÍNA	ALCOHOL	TABACO
Asturias	TABACO	ALCOHOL	HEROÍNA
Cantabria	ALCOHOL	HEROÍNA	CANNABIS
Castilla La Mancha	TABACO	ALCOHOL	HEROÍNA
Castilla y León	ALCOHOL	TABACO	HEROÍNA
Cataluña	TABACO	ALCOHOL	HEROÍNA
Ceuta	HEROÍNA	COCAÍNA	TRANQUILIZANTES Y SOMNÍFEROS
Extremadura	ALCOHOL	HEROÍNA	TABACO
Galicia	ALCOHOL	HEROÍNA	TABACO
Melilla	HEROÍNA	ALCOHOL	CANNABIS
Murcia	ALCOHOL	HEROÍNA	COCAÍNA
Navarra	ALCOHOL	TABACO	HEROÍNA
País Vasco	ALCOHOL	TABACO	COCAÍNA
La Rioja	ALCOHOL	COCAÍNA	TABACO
Valencia	HEROÍNA	ALCOHOL	COCAÍNA

*Según datos del II Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones.

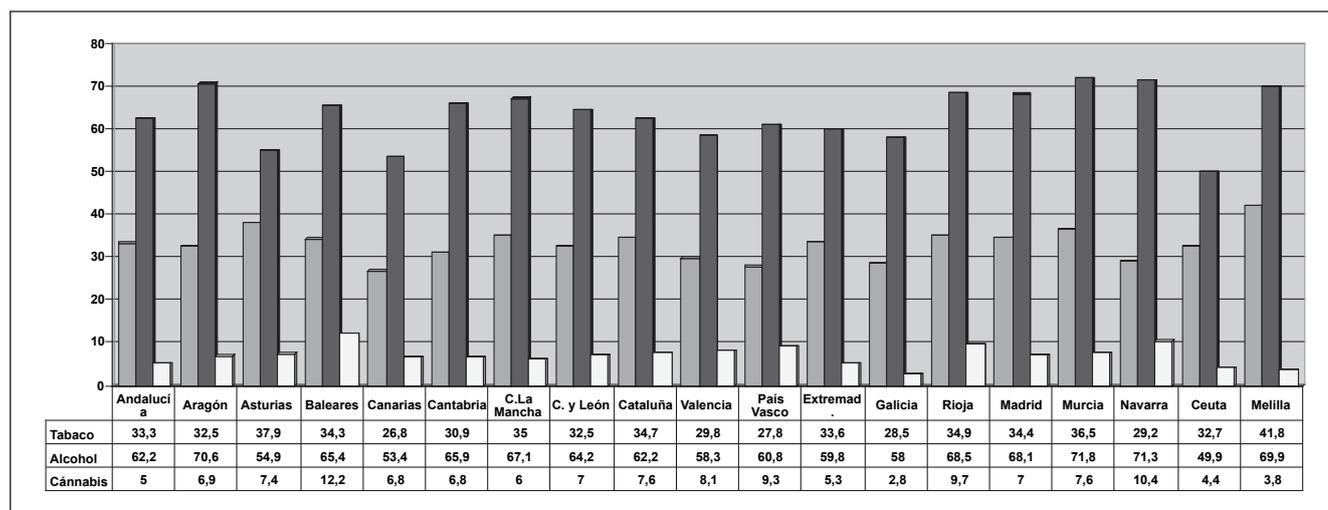
Fuente: elaboración propia a partir de las respuestas recibidas en los cuestionarios enviados a los responsables autonómicos.

7 No obstante, en el caso de la heroína consideramos más conveniente relacionar estos resultados con los indicadores de tratamiento, al ser una sustancia que aparece en menor proporción en las encuestas..

Canarias y la costa mediterránea⁸, en contraste con los bajos niveles del interior y, en general, de aquéllas que mostraban mayores prevalencias de alcohol. Por último, el País Vasco, Madrid y Valencia sobresalen en el consumo de drogas de síntesis y anfetaminas. La presencia de drogas de síntesis es minoritaria en las Islas Baleares, las Canarias, en el noreste y en las dos castillas y la de anfetaminas en las comunidades del sur y Galicia.

y Madrid), lo que deriva en una mayor carga asistencial y en la necesidad de recursos humanos, materiales, económicos, etc. Por otro lado, el incremento de las demandas a tratamiento por consumo de cocaína se aprecia especialmente en la zona mediterránea (Valencia, Cataluña, Murcia y Baleares) junto con las Islas Canarias, lo que coincide con una mayor prevalencia de esta sustancia. Las mayores tasas de admisiones a tratamiento por heroína se registran en Baleares y Aragón

Figura 1: Consumo de tabaco (fumadores diarios), alcohol (últimos treinta días) y cánnabis (últimos doce meses) en España, por Comunidades y Ciudades Autónomas (1999)



Fuente: Observatorio Español sobre Drogas, Informe nº4, 2001

Por otro lado, el consumo de sustancias psicoactivas tiene asociadas un conjunto de consecuencias individuales y sociales de enorme importancia para determinar el impacto y la percepción del fenómeno como "problema". En los últimos años, la tendencia general que se aprecia en España es un descenso en las admisiones a tratamiento por consumo de heroína y un incremento de las ocasionadas por cocaína. A su vez, se ha producido un cambio en la vía de administración de la heroína, con una menor utilización de la parenteral, asociada a un gran número de enfermedades, y un incremento de la inhalada y la fumada. Asimismo, ha disminuido la proporción de usuarios de drogas por vía parenteral infectados por VIH y el número de casos de SIDA registrados.

En la misma línea, algunas Comunidades muestran mayores tasas de admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas (Andalucía, Cataluña

y son menores en el centro y sur de España (Andalucía, Extremadura, Ceuta y Castilla-La Mancha) (ver Tabla 3).

En cuanto al modo de administración, la vía inyectada predomina en el nordeste de la Península y la fumada e inhalada en el sur, lo que se ha asociado con la disponibilidad de heroína blanca o marrón, respectivamente. Conocer la proporción de usuarios de drogas por vía parenteral se considera especialmente relevante, ya que una de las consecuencias asociadas con la utilización de la vía inyectada es la transmisión del VIH. En este sentido, los casos de SIDA, aunque han descendido en el territorio nacional, alcanzan mayores proporciones entre estos usuarios en Madrid, Baleares y Cantabria. En lo relativo a los episodios de urgencias, han cobrado protagonismo en los últimos años los relacionados con la cocaína y el alcohol. Finalmente, el indicador de mortalidad causada por las drogas ha sufrido un incremento, especialmente por tabaco, alcohol y sobredosis

8 Tendencia percibida por el Observatorio Español sobre Drogas en su informe nº4..

Tabla 3: Admitidos a tratamiento por sustancias psicoactivas, por consumo de heroína por vía parenteral y por cocaína en las Comunidades y Ciudades Autónomas (1999)

	Sustancias psicoactivas*	Heroína**	Cocaína***
Andalucía	125,7	6,9	8,6
Aragón	7,2	52,2	5,1
Asturias	7,3	20,2	2,7
Baleares	9,6	55,2	10,2
Canarias	52,7	16,8	39,9
Cantabria	2,6	36,6	2,8
C.La Mancha	11,3	10	5,6
C. y León	21,8	23,4	4,2
Cataluña	74,3	40,9	18,1
C. Valenciana	56,5	19,9	18,3
País Vasco	14,6	31,4	6,4
Extremadura	14,6	7,8	6,9
Galicia	36,6	25,6	5,7
Rioja	1,6	28,9	1,6
Madrid	60,4	15,4	10,8
Murcia	11,6	22,3	16,4
Navarra	1,3	31,6	3,9
Ceuta	1,7	8,0	8,4

Fuente: Observatorio Español sobre Drogas, Informe nº4, 2001.

*** Número de casos (cientos) ** Admitidos por primera vez ***Tasa anual de las primeras admisiones por 100.000 habitantes.**

De los datos anteriormente expuestos se extrae como conclusión principal que *los cambios producidos en el consumo de drogas conllevan transformaciones en las consecuencias asociadas*. Una de ellas, es la menor percepción de la gravedad del problema, quizás porque los efectos sociales son menos "alarmantes" que en el caso de la heroína (delitos, inseguridad ciudadana, SIDA, etc.). No obstante, persisten importantes consecuencias de estos consumos, principalmente problemas familiares (como violencia doméstica, falta de comunicación, desestructuración del hogar, etc.), mentales, episodios de urgencia, mortalidad, etc., que deben ser tenidos en cuenta.

2.- Estructura y planificación de los Planes Autonómicos

Frente a la situación del consumo, el Gobierno Central y los Autonómicos, vienen desarrollando un conjunto de medidas y estrategias para dar respuesta a este problema. Junto con la creación del Plan Nacio-

nal sobre Drogas (1985), las Comunidades y Ciudades Autónomas, articularon un conjunto de medidas de coordinación, planificación y actuación, concretadas en planes específicos y siendo pioneras Andalucía, Asturias y Madrid (1985); Galicia y La Rioja (1986) y Cantabria y Castilla-La Mancha (1987). Otra de las notas distintivas es la variabilidad del periodo para el cual se planifica la política de drogas en cada comunidad, que frecuentemente oscila entre los tres y cuatro años, así como la Consejería de la que depende, en su mayoría Sanidad (Ver Tabla 4).

En el ámbito normativo, se pretende que todas las Comunidades Autónomas cuenten con una ley que regule sus actuaciones. El País Vasco, Castilla y León y Cataluña fueron las primeras en elaborar una Ley en materia de drogodependencias, y posteriormente se han ido sumando otras Comunidades. En estos momentos son trece las que tienen leyes específicas en drogodependencias, algunas claramente actuales como Aragón, La Rioja y Madrid.

Tabla 4: Rasgos generales de los Planes Autonómicos sobre Drogas

	Número de Planes	Fecha primero	Fecha último	Consejería de la que depende	Rango del responsable
Andalucía	2	1985	2001-2007	Consejería de Asuntos Sociales	Director General
Aragón	1	2002	2002	Departamento de Sanidad, Consumo y Bienestar Social	Director General
Asturias	2	1985	2001-2003	Consejería de Salud y Servicios Sanitarios	Director
Baleares	1	1999		Consejería de Sanidad y Consumo	
Canarias	2		2000*	Consejería de Sanidad y Consumo	Director General
Cantabria	2	1987	1996-1999	Consejería de Sanidad, Consumo y Servicios Sociales	Director General
C. La Mancha		1987	2000-2003	Consejería de Sanidad	Director General
C. y León	4	1988	2001-2004	Consejería de Sanidad y Bienestar Social	Director General
Cataluña		1999-2001	2002-2004	Consejería de Sanidad y Seguridad Social	Director General
Ceuta	1				
Extremadura	2	1992	2001-2004	Consejería de Sanidad y Consumo	Secretario Técnico
Galicia	3	1986	2001-2004	Consejería de Sanidad y Servicios Sociales	
Madrid		1985		Consejería de Sanidad	Director-Gerente
Melilla	1	2001		Consejería de Bienestar Social y Sanidad	
Murcia	2		1998-2000	Consejería de Sanidad y Consumo	Director General
Navarra	1	1993		Departamento de Salud	Director Técnico
País Vasco	4	1990-92	2000-2002	Consejería de Vivienda y Asuntos Sociales	Directora
La Rioja	2	1986	1997	Consejería de Salud y Servicios Sociales	Director Técnico
Valencia	1	1999-2002		Consejería de Bienestar Social	Director General

***En ese año se inicia la formulación.**

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos suministrados en el cuestionario por los responsables autonómicos y revisión en las Memorias del PNSD y de los Planes Autonómicos (consultar bibliografía).

Para la elaboración de los distintos planes autonómicos se siguen estrategias y procedimientos específicos. En este sentido, de cara a la elaboración del plan, la práctica totalidad de las comunidades consultadas realizan un estudio previo de necesidades. Además, se está consolidando una conciencia de la necesidad de implantar mecanismos de evaluación, donde los encargados son principalmente entidades internas (Comisiones de Seguimiento, Técnicos, Responsables de

Evaluación, Observatorio, etc.), con dos interesantes excepciones: el País Vasco, que combina esta modalidad con la participación de empresas externas y Cantabria, que cuenta con un sistema de acreditación de la calidad en todos los servicios y áreas. No obstante, no se han facilitado datos sobre la calidad de las evaluaciones realizadas, por lo que sería recomendable profundizar en este tema (ver Tabla 5).

Tabla 5: Algunos aspectos destacados en la planificación y evaluación del Plan

	Estudio previo de necesidades	Evaluación	Encargados de la Evaluación
Andalucía	SI	SI	Comisión de Evaluación
Aragón	NO		
Asturias	SI	SI	
Cantabria	SI	SI	
Castilla La Mancha	SI	SI	Oficina del Plan Regional de Drogas
Castilla y León	SI	SI	Técnicos del Servicio de Prevención, Asistencia e Integración
Cataluña	SI	SI	Responsables de Evaluación del Plan de Salud
Ceuta	SI	SI	Equipo de Asistencia
Extremadura	SI	SI	
Galicia	NO**	SI	
Melilla	SI	SI	Comisión de seguimiento
Murcia	SI	SI	Técnicos del Servicio Murciano de Salud y la Consejería de Sanidad
Navarra	SI	NO	
País Vasco	SI	SI	Empresas externas, técnicos del plan, Consejo Asesor y Comisión Interdepartamental
La Rioja	NO*	SI	Consejo de Dirección
Valencia	SI	SI	Observatorio Valenciano sobre Drogodependencias

* Se ha elaborado un informe oficial por parte de los profesionales del Plan.

**Toma como referencia los estudios bianuales de consumo de drogas

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos suministrados en el cuestionario por los responsables autonómicos.

Otro de los aspectos necesarios para la ejecución de las actuaciones es la coordinación entre las distintas entidades con competencias. Los resultados del estudio ponen de relieve dificultades con la Administración Central, en materia de coordinación y financiación; con la Autonómica, en lo relativo a los recursos materiales y humanos y con la Local, de financiación, aunque también de recursos y de definición de competencias. En este contexto, contrasta la excelente percepción de la situación de Cantabria (ningún problema), con la de otras Comunidades con los mayores problemas, por ejemplo Asturias y Galicia (de financiación y recursos), Aragón (de definición de competencias y coordinación) y Cataluña (de financiación). Este aspecto, debe ser tenido en cuenta si se quieren lograr una implementación eficaz del Plan.

Junto con las Administraciones Pública, las Organizaciones no Gubernamentales han tenido y tienen un papel fundamental en la gestión de servicios de drogodependencias. Durante los años setenta y ochenta, realizaron una importante labor en el desarrollo de los primeros recursos ante una demanda incipiente y un problema de salud pública en torno a

la heroína. Desde la creación del Plan Nacional sobre Drogas en 1985, estas organizaciones han participado en todas las áreas y con el paso de los años han crecido en número y se han organizado en Federaciones. Su relación con las administraciones autonómicas, se establece principalmente a través de subvenciones, aunque los convenios han ido aumentando a lo largo de los años. El área en la que intervienen principalmente es la intervención asistencial y progresivamente en otras como las de prevención, reducción de daños e incorporación social.

3.- Recursos empleados para la implementación

La puesta en marcha de los diferentes programas y actividades establecidas en la programación, requiere disponer de un conjunto de recursos humanos, económicos y materiales que permitan un adecuado cumplimiento de los objetivos previstos. Analizando cada uno de los recursos, respecto a los humanos, a pesar de que con el paso de los años ha aumentado considerablemente, es una actitud generalizada en las diferentes Comunidades, considerar insuficiente la dotación de personal, por orden de importancia, en

prevención, intervención asistencial e incorporación social. Por áreas de actuación, los profesionales trabajan principalmente en intervención asistencial y, en segundo término, con porcentajes muy similares, en prevención e incorporación social. El perfil general es el de licenciados en las áreas de prevención e intervención asistencial, aunque en esta última también hay un número destacado de diplomados, personal principal del área de incorporación social.

Respecto a la formación del personal tras más de 15 años, en líneas generales, se cuenta con verdaderos profesionales que han intentado adaptarse a los cambios existentes. En la Estrategia Nacional (1999:88-90) se constata la carencia durante muchos años de un adecuado desarrollo de las actuaciones formativas y de investigación específica en materia de drogodependencias, señalando como problemas la indiferenciación entre la formación de los profesionales y del personal no cualificado, la ausencia de criterios de homogeneidad entre las distintas Administraciones y la priorización de los contenidos teóricos y básicos sobre los prácticos y especializados. En este momento,

los objetivos prioritarios son garantizar una formación adecuada, distinguiendo entre pregrado, postgrado universitario y formación continuada para los profesionales, haciendo hincapié en esta última. (Ver Tabla 6).

Finalmente, los principales problemas que afectan al personal se refieren, a la insuficiencia de recursos humanos en las diferentes áreas de actuación; a la falta de especialización y de formación, tratándose de un campo en continuo cambio en el que el reciclaje de los profesionales es un aspecto indispensable y, a la necesidad de incidir en la motivación y disponibilidad de los profesionales de cara a su formación. Además, es preciso mejorar la coordinación entre ellos, cuando un objetivo prioritario es contar con equipos multidisciplinares en el abordaje del complejo fenómeno de la drogadicción; dotar de estrategias más eficaces y mejorar la situación contractual y retributiva.

Junto con los recursos humanos, es necesario contar con un presupuesto adecuado para la puesta en práctica de los programas y actividades propuestos. Sin embargo, es difícil precisar con exactitud lo que se considera "presupuesto adecuado", ya que, pese a

Tabla 6: Rasgos generales del personal en las diferentes áreas de intervención

	PREVENCIÓN				INTERVENCIÓN ASISTENCIAL				INCORPORACIÓN SOCIAL				TOTAL
	Nº	Cantidad	Perfil mayoritario	Evolución	Nº	Cantidad	Perfil mayoritario	Evolución	Nº	Cantidad	Perfil mayoritario	Evolución	
Andalucía**		Suficiente			500		Licenciados						
Aragón	124	Insuficiente	Diplomados	Aumento	137	Insuficiente	Diplomados	Aumento	22	Suficiente	Diplomados	Aumento	283
Asturias		Insuficiente		Constante	239	Insuficiente	Licenciados	Constante		Ausencia		Constante	
Cantabria	2	Suficiente	Licenciados	Constante	50	Suficiente	Licenciados	Aumento	9	Suficiente	Diplomados	Constante	61
Castilla La Mancha	29	Suficiente	Licenciados	Aumento	107	Insuficiente	Diplomados	Aumento	13	Insuficiente	Diplomados	Aumento	149
Castilla y León		Insuficiente		Aumento	312	Insuficiente) (especialmente en los CAD)	Diplomados	Aumento		Insuficiente		Aumento	
Cataluña													
Ceuta	8	Insuficiente	Diplomados	Aumento	13	Insuficiente	Diplomados	Aumento	3	Insuficiente		Aumento	24
Extremadura	4	Insuficiente	Licenciados	Aumento	119	Suficiente	Diplomados	Aumento	17	Suficiente	Diplomados	Aumento	140
Galicia*	92	Insuficiente	Licenciados	Aumento	249	Insuficiente	Diplomados	Aumento	48	Insuficiente	Diplomados	Aumento	389
Melilla	10				10				10				10
Murcia	8	Insuficiente	Licenciados	Aumento	56	Suficiente	Licenciados	Aumento	31	Suficiente	Bachiller/FP	Aumento	95
Navarra		Insuficiente		Aumento	65 (CSM)	Insuficiente	Licenciados	Aumento		Insuficiente		Aumento	
País Vasco												Aumento	13
La Rioja	7	Insuficiente		Aumento	6	Suficiente	Licenciados	Aumento		Insuficiente			
Valencia	64	Suficiente	Licenciados	Aumento	188	Insuficiente	Licenciados	Aumento	123	Suficiente	Bachiller/FP	Aumento	375

* A fecha junio de 2002 se ha incrementado en las áreas de prevención (134) e intervención asistencial (297).

** Se refiere a los profesionales que prestan asistencia directa a drogodependientes en Centros de Tratamiento Ambulatorio (Centros Provinciales, Comarcales y Municipales de Drogodependencias).

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos suministrados en el cuestionario por los responsables autonómicos.

que ha aumentado notablemente en los últimos años, es una actitud generalizada considerarlo siempre insuficiente. El argumento sostenido es que cuanto más dotación económica haya, un mayor número de acciones se podrán emprender, así como mejorar la calidad de las existentes. Por áreas de actuación, quizás por la naturaleza de la intervención, la mayor parte del presupuesto de las Administraciones Autonómicas está destinado al área asistencial y, en segundo lugar, a la prevención e incorporación social.

Según el porcentaje desglosado por áreas de intervención, sobresalen en prevención, Melilla (56%), Castilla-La Mancha (35%) y Aragón (31,8%). Aunque en el

caso de las dos últimas, se aprecia una concordancia con el objetivo prioritario de actuación, sorprende Melilla, ya que considera la situación de la drogadicción como "muy grave" y precisa de una mayor dotación económica para sus infraestructuras asistenciales. En intervención asistencial, destaca Cataluña (75,9%) y en incorporación social el País Vasco (20%) lo que no se corresponde con sus prioridades preventivas. Igual ocurre con Baleares, que destina un 87,3% a intervención e inserción social. Finalmente, sobresalen en estudios e investigaciones Cantabria (10%) y en coordinación institucional Extremadura y Andalucía (24 y 16%, respectivamente). (Ver Tabla 7).

Tabla 7: Presupuesto (en pesetas) por áreas de actuación, año 2000

	PREVENCIÓN	INTERVENCIÓN ASISTENCIAL	INCORPORACIÓN SOCIAL	ESTUDIOS E INVESTIGACIONES (Formación, documentación, etc.)	COORDINACIÓN INSTITUCIONAL	OTROS	TOTAL
Andalucía	777.161.340	2.575.832.549	872.598.562	14.280.000	857.257.000	259.468.000 (Inversiones en centros)	5.356.597.451
Aragón	161.515.571	308.899.112		11.600.000	25.920.000		507.934.683
Asturias	138.395.000	601.522.837		24.492.816		34.109.321 (Cooperación social)	798.519.974
Baleares	66.554.714	539.225.788		3.148.928	8.442.038 (Coordinación y Cooperación Institucional)		617.371.468
Canarias	472.870.090	1.435.114.953			103.401.970		2.011.387.013
Cantabria	138.317.700	384.880.100		60.137.400	18.041.800		601.377.000
Castilla La Mancha	421.314.374	670.390.197	570.500.000	7.255.624	49.432.910		1.205.443.105
Castilla y León	85.000.603	769.029.269		12.621.273	72.008.837	403.813.057 (Servicios normalizados)	1.342.473.039
Cataluña	233.876.000	2.114.317.000	306.734.000	44.327.000	85.265.000		2.784.519.000
Ceuta	16.389.041	60.943.283		7.889.492	4.861.161		90.082.977
Extremadura	259.553.450	741.853.450		15.000.000	321.693.100		1.338.100.000
Galicia	266.082.467*	1.201.741.202		23.871.683	19.352.648		1.511.048.000
Madrid	518.960.512	3.101.071.463	772.302.382	64.929.673	292.982.970		4.750.247.000
Melilla	22.601.999	12.733.333	2.214.000	1.995.000	814.500		40.358.832
Murcia	93.162.421	511.250.000	114.100.000	18.700.000	18.500.000		755.712.421
Navarra	79.631.000	392.360.000	63.178.000	13.533.000	33.312.000		582.014.000**
País Vasco	543.404.105	1.788.565.957	638.048.825	35.241.785	192.058.470		3.197.319.142
La Rioja	41.350.045	128.922.710		3.000.000	18.011.159		191.283.916
Valencia	357.321.428	1.247.107.142		70.935.076	93.637.892		1.769.001.538
	4.289.061.693	21.411.986.114		32.958.750	2.214.993.455	697.390.378	29.450.790.559

*Incluye también incorporación social **No se incluyen los gastos que financian los Ayuntamientos

Fuente: Elaboración propia a partir de la Memoria PNSD, 2000.

4.- La intervención pública por áreas de actuación

4.1.- Prevención

La prevención es el objetivo prioritario del Plan Nacional sobre Drogas, primacía que también es asumida por todas las instituciones que tienen competencia en esta materia, con la excepción de Galicia (inserción social) y Valencia (intervención asistencial). La Delegación del Gobierno para el PNSD trata de definir una política estratégica global que permita la estabilidad de los programas y actuaciones dentro de este ámbito, su evaluación y continua mejora. Por su parte, las Comunidades Autónomas, en colaboración con las Administraciones Locales, son las encargadas de planificar y ejecutar unas adecuadas políticas autonómicas y locales sobre drogodependencias e instrumentar sus apoyos técnicos y financieros.

Este área, cuenta con diversos ámbitos intervención, principalmente el escolar, familiar, laboral, comunitario y de la comunicación social. Del análisis de los datos ofrecidos por las comunidades y ciudades autónomas, se desprende que, a nivel general, el ámbito escolar es el que mayor número de programas ofrece (41,62%), lo que verifica que suponen el campo

más activo y desarrollado dentro de la prevención. En segundo lugar, y muy próximo al ámbito escolar, destaca el ámbito comunitario (39,43%) que comprende un abanico con diversa población destinataria. Sin embargo, merece la pena señalar que este último aún está poco definido y en él se incluyen actividades muy dispares como la formación de mediadores, el apoyo al movimiento asociativo, la formación de profesionales, actividades desde los medios de comunicación, entre otras (ver Tabla 8).

En el ámbito laboral, destacó en 1998 la firma de la prórroga del Convenio por el que se creó la Comisión Nacional para la Prevención y el Tratamiento de las Drogodependencias en el Ámbito Laboral, a través del cual se incrementaron las actuaciones relativas a la prevención del uso indebido de drogas en el lugar de trabajo. Otro ámbito destacado es el de la comunicación, donde se ofrece una gran variedad de actuaciones, a través de las cuales se busca aumentar la sensibilización y concienciación públicas ante el problema de las drogas. Bajo la categoría de "otros ámbitos," se suelen agrupar programas de muy diversa índole (militar, familiar, Educación para la Salud, jóvenes, etc.) y, en ocasiones, al igual que ocurre en el

Tabla 8: Programas de Prevención por ámbitos y Comunidades Autónomas

PROGRAMAS	COMUNITARIO	ESCOLAR	LABORAL	COMUNICACIÓN	OTROS ÁMBITOS	TOTAL	PORCENTAJE
Andalucía	3	4	,	,	1	8	1,03
Aragón	25	21	3	,	33	82	10,57
Asturias,		1	,	,	7	8	1,03
Islas Baleares	20	33	,	,	5	58	7,47
Canarias	4	111	1	14	,	130	16,75
Cantabria	,	3	,	,	,	3	0,39
C. La Mancha	29	4	1	,	2	36	4,64
C. León	22	,	,	,	,	22	2,84
Cataluña	2	,	,	1	1	4	0,52
Ceuta	1	2	2	3	1	9	1,16
Extremadura	,	7	1	,	1	9	1,16
Galicia ,		,	,	,	,		0,00
Madrid	7	,	,	,	,	7	0,90
Melilla ,		,	,	,	,		0,00
Murcia	34	64	3	,	2	103	13,27
Navarra ,		,	,	,	,		0,00
P. Vasco	119	,	,	,	,	119	15,34
La Rioja,		3	,	,	,	3	0,39
Valencia	40	70	5	,	60	175	22,55
Total	306	323	16	18	113	776	100
PORCENTAJE	39,43	41,62	2,06	2,32	14,56	100	100

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos ofrecidos en la Memoria del PNSD 1998

comunitario, los datos ofrecidos se solapan con los de anteriores ámbitos de la prevención.

Por último, las campañas institucionales, son un área de la prevención de gran importancia con objetivos como la reducción del daño de pastillas, alcohol, cánnabis, etc., o la prevención del consumo de drogas (PNSD, 1996-2000). Al igual que con el resto de áreas de actuación, el proceso de programación y planificación de las actividades resulta primordial. A la hora de planificar, todas las Comunidades parten de un análisis de la situación para abordar las actuaciones en esta materia, incluso muchas de ellas, elaboran un mapa de necesidades y, en ocasiones, definen poblaciones de intervención prioritaria o de alto riesgo.

Este proceso no siempre resulta fácil y en ocasiones surgen problemas a la hora de abordar la prevención, principalmente la dificultad de llegar al conjunto de la población, especialmente a los jóvenes y a las familias. Además, todavía existe una concepción demasiado amplia que habría que matizar y precisar para conseguir un mayor efectividad. Junto con ello, es necesario aumentar las subvenciones y, en el caso de la prevención escolar, incluir programas en los colegios, superando la sobrecarga de trabajo que tienen los profesores, y llegar a todas las edades. Por último, es difícil comprobar el efecto de las intervenciones, ya que en la evaluación aún faltan herramientas adecuadamente validadas y contrastadas y los efectos de la prevención se aprecian a muy largo plazo. Llama la atención los argumentos ofrecidos por los responsables en torno a la evaluación de los programas escolares, al disponer a nivel nacional de programas ya validados. En ocasiones, sin embargo, se constata que se aplican otros no evaluados, sin ser conscientes de la repercusión que puede tener en esta población la aplicación de programas cuyos efectos se desconocen.

No obstante, en el caso particular de la prevención familiar, al ser contrastados los datos obtenidos, donde todas las Comunidades afirman realizar evaluaciones de los programas, con los registrados en el Sistema de Información Idea-Prevención (1990-2000), se constatan estos resultados, ya que se observa una progresiva incorporación de las Comunidades a la práctica evaluadora, sin existir ningún programa en los últimos años que no haya sido evaluado. No obstante, hay que interpretar estos datos con precaución al ser su registro voluntario, no estar incluidos en este Sistema la totalidad de los programas desarrollados por las Comunidades y, en todo caso, tampoco se aplican las diferentes tipologías de evaluación.

4.2.- Intervención Asistencial

Como se ha mencionado anteriormente, aunque el objetivo prioritario de la Estrategia Nacional es la prevención, hay igualmente una preocupación por la

asistencia sanitaria de la población con problemas de drogodependencias. Sin embargo, fruto de la situación vivida hace dos décadas en relación con la heroína, se crearon un importante número de recursos específicos para hacer frente al problema y en estos momentos ya existe una red consolidada. Por este motivo, en la actualidad se persigue mejorar la calidad de los servicios, mediante indicadores comunes que permitan "medir" el impacto de las actuaciones y los posibles problemas planteados durante el proceso; adaptarlos a una realidad cambiante y mejorar la coordinación entre los diferentes servicios (Sanitarios, Salud Mental, Servicios Sociales, etc.).

Además, es preciso atender las necesidades de todos los colectivos y pacientes (mujeres, jóvenes, población con problemas mentales, etc.), llegando a los diferentes ámbitos (oficinas de farmacias, centros de emergencia, prisiones, comisarías, centros de asistencia, ambulatorios, unidades de salud mental, etc.). La abstinencia es un objetivo perseguido pero ya no el único, pues para lograrla existen pasos intermedios y se pretende, con los programas de reducción de daños, que las consecuencias de este consumo se minimicen (intercambio de jeringuillas, talleres de sexo seguro, etc.).

Para lograr la coordinación y la mejora en la calidad de los servicios, la Estrategia Nacional (1999:61) propone el desarrollo del Circuito Terapéutico de Asistencia y el Sistema de Integración Social para Drogodependientes. La asistencia para este tipo de pacientes deberá ser garantizada a través del Sistema Nacional de Salud y del Sistema de Acción Social y Servicios Sociales, acompañado por los recursos privados, siempre autorizados o validados. Determinar el Circuito Terapéutico es una labor responsable de cada Plan Autonómico, aunque la Estrategia Nacional recomienda tres niveles de básicos de intervención e incorporar en ellos programas para garantizar la reinserción social.

De los resultados del estudio, al igual que en el área de prevención, la realización de evaluaciones de diseño e implementación de los programas puestos en marcha es una pauta seguida en la mayor parte de las comunidades. De ellas se deduce que el grado de adecuación de los programas se considera muy bueno en el caso de los de reducción del daño, los desarrollados en poblaciones con problemas jurídico-penales y otros programas de intervención. Como contrapartida, la mitad de ellas califica como poco adecuados los de asistencia a la población con problemas de alcoholismo.

Por otro lado, para poner en marcha estos programas, es necesario contar con una red de recursos que atienda a la demanda existente. En términos absolutos, durante el año 2000, se contó con un gran número de dispositivos como los centros de dispensación y/o prescripción de metadona (1.723), los cen-

tros ambulatorios (495), las comunidades terapéuticas (106) y las unidades hospitalarias (56), que atendieron a un elevado número de usuarios, especialmente en Andalucía, Madrid y Cataluña (ver Tabla 9).

La tendencia general es a calificarlos como muy adecuados, aunque algunas Comunidades señalan que cabría mejorarlos en función de las necesidades observadas. El mayor descontento lo expresan el País Vasco, La Rioja y Murcia respecto a las Unidades de Desintoxicación Rápida y a los Centros Residenciales no Hospitalarios. Seguidamente, algunas comunidades apuntan que son poco adecuados los Centros Ambulatorios de Asistencia y las Unidades Hospitalarias, tal es el caso de La Rioja en ambos recursos, de Ceuta en el primero y de Castilla-La Mancha en el segundo. Por último, el País Vasco considera poco adecuadas las Comunidades Terapéuticas y Asturias es de la misma opinión en el caso de los Centros o Programas de Prescripción/Dispensación de Opiáceos.

A pesar del buen funcionamiento logrado con el paso de los años, surgen nuevos problemas y retos

de cara al futuro. Las principales dificultades hacen referencia a la necesidad de adaptarse a una realidad muy cambiante, con demandas de otros sectores (inmigrantes, personas con consumos problemáticos de alcohol, fumadores, policonsumidores, pacientes que presentan una patología dual, etc.) junto con una población heroinómana envejecida y en situación social y personal desfavorable. Otros problemas están relacionados con la saturación de trabajo y, en ocasiones, la falta de profesionales, la necesidad de reforzar los tratamientos y, por último, la densidad de población hace que la red esté saturada en determinadas zonas y, por el contrario, que en otras haya que crear nuevos recursos.

4.3.- Incorporación Social

Como última fase del proceso terapéutico, la incorporación social pretende como fin último integrar al sujeto en un medio social y laboral normalizado. Lejos de ser un área "estanco" desligada del resto, hoy día se ha convertido en uno de los objetivos de la asistencia y ya no se entiende desligada de la misma. Para

Tabla 9: Tipos de recursos específicos y usuarios atendidos por Comunidad Autónoma (2000)

	Centros ambulatorios *		Unidades Hospitalarias		Comunidades Terapéuticas		Disp.Presc. y/o disp. Metadona**	
	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios
Andalucía	105	12313	5	861	16	1302	580	18713
Aragón	26	1091	1	127	2	141	81	2343
Asturias	18	2100	2	246	6	331	35	2683
Islas Baleares	15	1159	1	78	3	165	45	2167
Canarias	37	8318	3	563	5	535	25	5503
Cantabria	3	443	1	25	1	65	15	1353
C. La Mancha	9	1111	6	100	16	297	199	2291
C. León	51	1287	3	283	9	627	53	4785
Cataluña	47	6357	10	795	11	816	213	8480
Extremadura	15	1306	1	71	6	371	25	1554
Galicia	37	4035	6	426	4	264	22	8000
Madrid	30	15933	3	427	10	674	40	8152
Murcia	12	1155	3	105	2	99	15	2883
Navarra	9	1042	2	61	3	193	85	991
P. Vasco	28	4788	2	215	5	198	228	2261
La Rioja	6	459	1	18	1	46	9	519
Valencia	45	10333	5	530	6	194	48	5557
Ceuta	1	196	1	1	0	2	3	376
Melilla	1	41	0	0	0	2	2	195
Total	495	73467	56	4932	106	6322	1723	78806

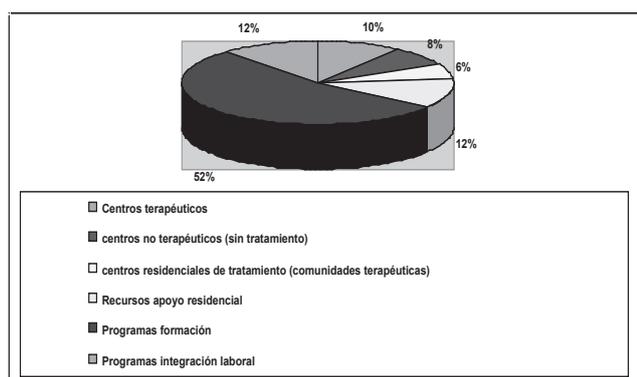
Fuente: Plan Nacional sobre Drogas, Memoria 2000.

* Se incluyen los centros de día terapéuticos

** Se incluyen las oficinas de farmacia dispensadoras

lograr este propósito, se ponen en marcha un conjunto de programas y recursos que persiguen dotar de formación al drogodependiente, integrarlo laboralmente y ofrecerle apoyo residencial cuando no cuente con una red social que le ayude a insertarse. Específicamente, el Plan Nacional agrupa estos programas en tres categorías: los de formación, donde destacan las actividades y servicios de información, orientación y búsqueda de empleo, de las que se beneficiaron más de la mitad de los drogodependientes que participaron en ellos (de 18.042 un 58,56%). (Ver Figura 2).

Figura 2: Programa y recursos en incorporación social, 2000



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de las Memorias del Plan Nacional sobre Drogas, 2000.

En segundo lugar, los programas de integración laboral, agrupados en cuatro tipos: talleres artesanos; programas especiales de empleo, en los que se incluyen las escuelas taller, casas de oficios, los talleres de empleo del INEM, programas municipales de empleo e iniciativas del Fondo Social Europeo; los contratos subvencionados en empresas y promoción del autoempleo y, finalmente, los programas especiales, siendo esta última opción la más utilizada (4.677 usuarios). Por último, los recursos de apoyo residencial, donde los pisos son el medio más demandado, recibiendo las dos terceras partes (2.000) del total de drogodependientes que se acogen a estos servicios (3.055) (PNSD, 2000).

Por otro lado, como resultado de esta evaluación, en términos generales, se aprecian mayores dificultades que en el resto de las áreas. De hecho, estiman oportuno aumentar la mayoría de los programas, especialmente los de integración laboral (empleo) y los de formación. Además, algunas Comunidades expresan la necesidad de aumentar ciertos recursos específicos. Atendiendo al funcionamiento de los mismos, habría que resaltar que mientras los de integración laboral son calificados muy positivamente, lo contrario ocurre con los programas de formación. Por Comunidades, Cantabria y Castilla y León consideran asentada y con

buen funcionamiento su red de programas de inserción social, mientras que en otras como Cataluña sería necesario mejorar todos ellos y en Asturias y Valencia, los de formación e integración laboral.

En la misma línea, sería preciso aumentar la mayor parte de las actividades y recursos, especialmente la promoción de empresas de inserción, la reserva de plazas en empresas, los talleres de empleo, la integración en programas de empleo municipales y los cursos de Formación Profesional (homologados por el INEM). No obstante, el funcionamiento resulta adecuado, con la excepción de los Cursos de Formación Profesional homologados por el INEM en la práctica totalidad de las Comunidades. En líneas generales, los principales problemas del área de inserción social derivan del perfil de los drogodependientes, personas ya envejecidas, en ocasiones con enfermedades crónicas que dificultan su inserción en el mercado laboral y que a menudo se encuentran con otros problemas derivados como recaídas, sobredosis, falta de contacto con los centros, etc. Otras cuestiones se refieren a la necesidad de normalización, coordinación y competencias de los servicios y recursos de inserción.

4.4.- Estudios e Investigaciones

Todas las áreas anteriormente descritas son complementadas con un conjunto de estudios e investigaciones que, desde una perspectiva multidisciplinar, ayudan en el avance y mejora de esta problemática. Sin embargo, a pesar de la mejora de los servicios de información y documentación, la investigación sigue estando limitada para muchos profesionales y la de carácter aplicado necesita un mayor apoyo. En esta línea, el recién creado Instituto Nacional de Investigación y Formación sobre Drogas, tiene como funciones el impulso y mejora de la calidad de los programas en esta materia; las Comunidades Autónomas contarán con centros de documentación y se pretende impulsar la formación en todos los niveles .

En opinión de los responsables, el volumen de los trabajos realizados es suficiente, con la excepción de Asturias, las dos Castillas, Ceuta y La Rioja, donde es preciso incidir y fomentar el número de investigaciones. Por su parte, la calidad de los resultados se considera buena, especialmente en Andalucía, Aragón, Castilla y León y La Rioja y como contrapartida, cabría mejorarla en Ceuta y Extremadura. Los problemas a los que se enfrenta la Administración Autónoma son de tipo financiero y de ausencia de entidades que promuevan la realización de estudios de interés (ver Tabla 10). Además, en ocasiones, la investigación a nivel estatal se estima escasa e incluso a nivel europeo se demanda una mayor coordinación entre las distintas disciplinas que tratan las drogodependencias.

Tabla 10: Cantidad, calidad y principales problemas de los estudios e investigaciones

	CANTIDAD	CALIDAD	De tipo financiero	PRINCIPALES PROBLEMAS		
				Ausencia de entidades que promuevan la realización de estudios de interés	Otros	
Andalucía	Suficiente	Muy buena		X	Elevado nº recursos asistenciales	
Aragón	Suficiente	Muy buena		X		
Asturias	Insuficiente	Buena		X	X	
Cantabria	Suficiente	Buena	X			
Castilla La Mancha	Insuficiente	Buena		X	X	
Castilla y León	Insuficiente	Muy buena		X	X	- Inexistencia de equipos consolidados, cualificados y altamente especializados - Falta de un programa nacional aprobado por la Conferencia Sectorial
Ceuta	Insuficiente	Regular			X	
Extremadura	Suficiente	Regular			X	
Galicia	Suficiente	Buena		X	X	
Murcia	Suficiente	Buena	X			
Navarra	Suficiente	Buena				Tiempo de dedicación por los técnicos del Plan
País Vasco	Suficiente	Buena				Limitaciones de personal
La Rioja	Insuficiente	Muy buena		X	X	
Valencia	Suficiente	Buena		X		

Fuente: Elaboración propia

5.- Conclusiones

En resumen, tras la evaluación diagnóstica realizada, como aspectos más significativos en España se pueden destacar, en primer lugar, un cambio en los consumos, tanto en el tipo de sustancia como en la vía de administración, y en los problemas derivados de los mismos. Incidiendo en este último aspecto, en lo que respecta a las demandas a tratamiento, junto con el problema de la heroína, ha empezado a cobrar una importancia creciente la cocaína. En la actualidad, el área prioritaria es la prevención, desde el amplio marco de Educación para la Salud, ya que se considera la estrategia más adecuada para hacer frente al problema de la drogadicción, reduciendo el consumo y sus consecuencias.

En el área de intervención asistencial se sigue apostando por los programas de reducción del daño, acercándolos a todos los colectivos. Además, se per-

sigue consolidar el Circuito Terapéutico de Atención e Inserción Social en Drogodependencias, mejorando la calidad del servicio y entendiendo que cada programa forma parte de un proceso que tiene como objetivo integrar al drogodependiente en la sociedad. De este modo, se pretende trabajar de manera conjunta desde todas las instancias implicadas en la intervención.

Por otra parte, para lograr la mejora de la calidad en la atención, es necesario impulsar la formación de los profesionales con especialización en pregrado, postgrado y formación continuada; lograr mejores indicadores y evaluaciones de los programas y servicios y promover la investigación. Algunas de las iniciativas al respecto pasan por la creación de nuevos centros de documentación y redes de información entre los profesionales.

A través de los diferentes aspectos mencionados, se trata de cumplir los objetivos de la Estrategia. La

labor y el esfuerzo desarrollado por el Plan Nacional sobre Drogas, los Planes Autonómicos y las diversas instituciones y entidades ha sido creciente. Con el paso de los años, han sido muchos los retos y aspectos positivos conseguidos, entre ellos la diversidad y consolidación de la red asistencial, el desarrollo normativo, el acercamiento a la sociedad, la buena coordinación y consenso, la calidad de los servicios prestados y su adaptación a la realidad cambiante, la disposición y el interés de los profesionales y el papel de las ONG's, entre otras.

No obstante, todavía hay que seguir trabajando en un tema tan complejo, enfatizando las actuaciones en las áreas de prevención, incorporación social e investigación. Por ejemplo, el impulso de la prevención, con el fomento de programas rigurosos y de modelos basados en la evidencia; el trabajo con adolescentes y su percepción del riesgo, retomando el tema del alcohol y el tabaco y mejorando las herramientas para trabajar el cánnabis. Además, hay que sensibilizar a la sociedad e implicar al conjunto de la población, incluyendo de modo especial a las familias. La asistencia debe ser normalizada y acompañada por una red de integración sociolaboral que coopere en la labor, de modo especial en la población en prisión.

Para emprender todas las medidas propuestas se necesita contar con el presupuesto adecuado; con profesionales formados, motivados y bien retribuidos; con un trabajo conjunto y consensuado entre los Gobiernos y las entidades participantes, que también permita obtener información de última hora y acercar la red a toda la población, buscando nuevas soluciones a la dispersión geográfica. En este escenario, la evaluación es la herramienta que ha de estar siempre presente, mostrando las debilidades del proceso y ayudando a mejorar las actuaciones.

DISCUSIÓN

Una vez confrontados los datos obtenidos en esta investigación y analizados de un modo crítico, se pueden extraer diez observaciones y recomendaciones:

1.- Frente a la situación nacional de mejora en el consumo de heroína, preocupa el hecho de que todavía existan algunas Comunidades, como Aragón, Ceuta, Melilla y Valencia, cuyo principal problema siga siendo éste. En general, se aprecian patrones de consumo diferenciados entre las Comunidades, por lo que se aconseja la realización de evaluaciones de la situación con una metodología adecuada para aplicar programas adaptados a su propia realidad.

2.- Pese a que la percepción de la gravedad ha descendido en todo el territorio, hay que tener en cuenta que, a veces, esto se debe a que los efectos sociales son menos alarmantes. No obstante, la adicción sigue existiendo y las consecuencias asociadas (familiares, para la salud, etc.) también.

3.- Se aprecia el incremento de las admisiones a tratamiento y urgencias por cocaína, siendo necesario responder con programas y recursos adecuados, enfatizar las políticas de captación de usuarios y analizar el éxito o fracaso de los mismos. Del mismo modo, hay que seguir promoviendo investigaciones sobre la patología dual e incidir en la reducción de daños, especialmente en aquellos lugares con mayores tasas de VIH entre UDVP.

4.- Respecto a la planificación, hemos comprobado que la mayoría de las Comunidades programan grandes objetivos, en ocasiones alejados de la realidad, algunas incluso no realizan estudios de necesidades. Aunque consideramos exitosa la elaboración de estos documentos, creemos que han de entenderse como herramientas prácticas de trabajo, con indicadores medibles y evaluables, objetivos alcanzables, asociando los medios con los que cuentan y pudiendo revisar periódicamente estas metas y mejorarlas sin tener que esperar a la finalización del plan y elaboración de uno nuevo. Además, es importante su publicación en el mismo año en el que es elaborado y mejorar su difusión para que los ciudadanos sean conscientes de las prioridades y puedan implicarse en los programas. En cuanto a la evaluación, puede ser criticable que los encargados en la práctica totalidad de las Comunidades sean evaluadores internos. Sería conveniente contrastar esta opinión con la de empresas externas, sistemas de acreditación de la calidad, entre otros mecanismos, perdiendo el miedo a ser evaluados.

5.- Es fundamental buscar nuevos mecanismos de coordinación entre las administraciones y entidades, ya que se ha puesto en evidencia un gran descontento en este aspecto. Consideramos que si la descentralización es uno de los rasgos que caracteriza a nuestro sistema, con el fin de lograr un mayor acercamiento al ciudadano, no puede venir acompañada de una descoordinación, duplicidad de competencias o desentendimiento por parte de las administraciones.

6.- En materia de recursos, destaca la carencia en todos los ámbitos, especialmente en el área de prevención, lo que llama nuestra atención dado su actual carácter prioritario. La falta de especialización y formación es otro gran reto, más si cabe cuando la drogodependencia es un fenómeno multidimensional y tremendamente complejo. Si caminamos hacia una red de atención flexible y capaz de solventar diferentes problemas (tabaquismo, cocaína, cannabis, etc.), es necesaria la formación continua y el reciclaje profesional.

Del mismo modo, es una actitud generalizada considerar deficitario el presupuesto, sosteniendo el argumento de que cuanto más dotación económica haya, un mayor número de acciones y mejoras se podrán emprender. Esta manifestación tiene una lógica considerable, aunque los responsables han de ser conscientes de la naturaleza de este problema y buscar fórmulas para gestionar, en la medida de lo posible, los recursos disponibles con el mayor rendimiento. En nuestra opinión, sería interesante que hubiese una coordinación con las investigaciones y se trabajase con criterios basados en la evidencia.

7.- En la prevención se observan generalmente actividades muy dispares y, aunque se han mejorado los programas respecto a los objetivos, estructura, metodología, etc., se siguen encontrando notables deficiencias. En primer lugar, el gran desarrollo del ámbito escolar contrasta, por ejemplo, con la situación del comunitario (poco definido, solapamiento de información, población destinataria muy amplia, objetivos muy generales, etc.), del familiar (actividades puntuales en algunas Comunidades, ausencia general de evaluación, poca atención a las familias consideradas de "alto riesgo", etc.) y del laboral (relativamente reciente, tan sólo la mitad de las Comunidades informan que se hagan actividades de este tipo, entorno en el que es especialmente complicado desarrollar estos programas).

Si una de las claves de la prevención reside en la implicación de toda la comunidad (trabajadores, familias, etc.), no pueden darse las deficiencias descritas. Sabemos que es difícil trabajar en estos campos, pero también muy necesario, por lo que proponemos seguir buscando fórmulas para llegar a ellos, empezando por definir los colectivos de riesgo y unos objetivos de intervención más específicos, hecho no realizado por todas las Comunidades.

8.- En la intervención asistencial el objetivo prioritario es lograr la normalización de los drogodependientes e insertarlos en la red de salud, como cualquier otro paciente. Sin embargo, se encuentran algunos obstáculos en la implicación de los profesionales de Atención Primaria y de las Farmacias, por lo que es necesario incidir en estos colectivos y concienciarlos de la importancia de su labor. Además, llama la atención que los recursos para población con problemas de alcoholismo sean los peor valorados entre los responsables, cuando estiman, al mismo tiempo, que el principal problema se encuentra en el consumo de esta sustancia.

Los programas españoles en instituciones penitenciarias reciben una buena valoración internacional (OEDT, 2003). Sin embargo, aún es preciso mejorar la coordinación entre las instituciones y el registro de los datos. Una última recomendación en este ámbito es la incidencia en el análisis y detección de las nece-

sidades de cada zona, por ejemplo, adecuando los centros muy saturados y buscando soluciones en las áreas despobladas que precisan atención.

9.- La incorporación social se considera un ámbito con especiales dificultades, cuando se trata de un requisito necesario para garantizar el éxito de las actuaciones emprendidas. A nuestro modo de ver, muchos problemas radican en la escasez de programas, actividades y recursos; en el funcionamiento de la formación y en la coordinación entre las administraciones, especialmente en la distribución de competencias y en la comunicación entre las redes de atención. Aunque todos los responsables abogan por la normalización para evitar la estigmatización, esta medida no puede significar la pérdida de control de los usuarios y han de reforzarse los mecanismos de registro.

10.- En último lugar, aunque los responsables consideran el número de estudios e investigaciones suficientes y la calidad de los resultados buena, habría que seguir promoviendo la investigación. De un modo especial, en prevención, sobre factores de riesgo y de protección y colectivos de riesgo y en intervención asistencial, nuevos modelos de tratamiento, impacto social y sanitario del abuso de sustancias, factores sobre la tolerancia y sustitutivos de la adicción a la cocaína, fármacos, bioquímicos y, en general, la investigación clínica. Igualmente, en incorporación sociolaboral, estudios sobre necesidades, patrones de consumo y características sociodemográficas de la población drogodependiente e investigaciones epidemiológicas. En último lugar, se señala la evaluación, principalmente de proceso y de resultados, de programas de tratamiento, de prevención e inserción y la validación de instrumentos para el desarrollo de esta práctica.

Junto con ello, resultaría interesante promover la coordinación entre Comunidades e investigadores sobre los temas prioritarios y ello se viese reflejado en los sistemas de financiación. A su vez, se podrían mejorar los registros y bases de datos sobre investigaciones en drogodependencias, lo que permitiría evitar solapamientos e incidir en otros campos menos desarrollados.

AGRADECIMIENTOS

Quisiéramos agradecer la colaboración prestada por todos los responsables y técnicos de los Planes Autonómicos sobre Drogas, por el apoyo ofrecido para la realización de esta investigación. Asimismo, a los responsables del Plan Nacional sobre Drogas por sus sugerencias y el interés suscitado hacia este trabajo. Por último, es preciso mencionar que esta investigación ha sido financiada por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

REFERENCIAS

- Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid.
 - (2000). *Memoria 2000*. Madrid: Consejería de Sanidad y Servicios Sociales.
- B.O.A. 43/2001, publicado el 11/04/2001
- B.O.C.M. Núm. 160. Lunes 8 de julio de 2002.
- Consejería de Asuntos Sociales (2001). *II Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones 2002-2007*. Sevilla: Junta de Andalucía.
- Consejería de Salud, Consumo y Bienestar Social (1998). *Plan Riojano de Drogodependencias y Otras Adicciones*. Gobierno de La Rioja. Dirección General de Salud y Consumo.
- Consejería de Salud y Servicios Sanitarios (2002). *Plan sobre drogas para Asturias 2001-2003*. Oviedo: Gobierno del Principado de Asturias.
- Consejería de Sanidad (1995). *Plan Regional de Drogas 1996-99*. I: marco de actuación. Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha.
- Consejería de Sanidad y Bienestar Social.
 - (2002): *IV Plan Regional sobre Drogas*. Junta de Castilla y León.
 - (1998). *III Plan Regional sobre Drogas*. Junta de Castilla y León.
- Consejería de Sanidad, Consumo y Servicios Sociales. (2002). *Plan Regional sobre Drogas. Memoria 2000-2001*. Gobierno de Cantabria.
- Consejería de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. (1998). *Plan Regional sobre Drogas. Memoria 1996-1997*. Gobierno de Cantabria.
- Consejería de Servicios Sociales. (1996). *Plan Regional sobre Drogas. Memoria 1995*. Principado de Asturias.
- Conselleria de Sanitat y Seguretat Social. *Pla Autonomà de Drogues. PPDM: Programa de Prevenció de Drogues de Mallorca*. Govern Balear.
- Conselleria de Sanidade e Servicios Sociais. *Plan de Galicia sobre Drogas 2001-2004*. Xunta de Galicia. Disponible en <http://sameens.dia.uned.es/Trabajos/T2A/Fraga-Araujo/>
- Conselleria de Sanidade e Servicios Sociais. (1994). *Programas Asistenciais do Plan Autonomico sobre Drogodependencias*. Xunta de Galicia
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas:
 - (1999). *Estrategia Nacional sobre Drogas (2000-2008)*. Madrid: Ministerio del Interior.
 - (1997-1999-2001). Encuesta domiciliaria sobre uso de drogas. Madrid: Ministerio del Interior.
 - (1996-1998-2002). *Encuesta sobre drogas a la población escolar*. Madrid: Ministerio del Interior.
 - (1996-2001). *Memorias*. Madrid: Ministerio del Interior.
- Departament de Sanitat i Seguretat Social. (1999). *Plan de Salut de Catalunya 1999-2001*. Barcelona: Generalitat de Catalunya.
- Departamento de Justicia, Trabajo y Seguridad Social. (2000). *Informe sobre la evaluación de la ejecución del IV Plan Trienal sobre Drogodependencias durante su primer año*. Vitoria: Gobierno Vasco.
- Dirección General de Drogodependencias. (1999). *Plan Autonómico Valenciano sobre Drogodependencias y Otros Trastornos Adictivos 1999- 2002*. Valencia: Conselleria de Benestar Social.
- EDIS (2001). *Los Andaluces ante las Drogas VII*. Sevilla: Comisionado para la Droga.
- Elzo, J., Andrés Orizo, F., Gonzalez-Anleo, Gonzalez Blasco, P., Laespada, M.T. y Salazar, L. (1999): *Jóvenes Españoles 99*. Madrid: Fundación Santa María.
- F.A.D. *Base de datos sobre legislación*, de <http://www.fad.es/cd/leyes/textos/ccatl2085.htm>
- García, F.M.; Ferrer, J.L.; Molina, E.; Muñoz, L. y Suárez, O. (2001). *Plan de Salud de Extremadura 2001-2004*. Junta de Extremadura: Consejería de Sanidad y Consumo.
- Instituto de Salud Carlos III. (2001). *Informe Vigilancia epidemiológica del sida en España, situación hasta 31 de diciembre*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Ley 1/1999 de 29 de marzo de Prevención, Asistencia y reinserción de las Drogodependencias en la Comunidad Autónoma de Extremadura. Secretaría Técnica de Drogodependencias
- Ley 5/2002, de 27 de junio, sobre Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos de la Comunidad Autónoma de Madrid.
- Ley de Galicia sobre Drogas. Ley 2/1996 do 8 de maio. Xunta de Galicia. Conselleria de Sanidade e Servicios Sociais.
- Ley 3/1997, de 16 de junio de la Generalitat Valenciana, sobre Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos.
- Ley 1/1995, de 13 de marzo, de Estatuto de Autonomía de Ceuta
- Observatorio Español sobre Drogas:
 - (2002). *Informe nº 5*. Madrid, Ministerio del Interior.
 - (2001). *Informe nº 4*. Madrid, Ministerio del Interior.
 - (2000). *Informe nº 3*. Madrid, Ministerio del Interior.
 - (1999). *Informe nº 2*. Madrid, Ministerio del Interior.
 - (1998). *Informe nº 1*. Madrid, Ministerio del Interior.
- Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías (OEDT):
 - (2003): *Informe Anual sobre el problema de la droga en la Unión Europea y en Noruega*. Lisboa.
 - (2001): *Guidelines for the evaluation of outreach work. A manual for outreach practitioners*. Lisboa.
- Observatorio Vasco sobre Drogas:
 - (2001). *Informe 4*. Viceconsejería de Asuntos Sociales. Disponible en www1.euskadi.net/drogodep
 - (2000). *Informe 3*. Viceconsejería de Asuntos Sociales. Disponible en www1.euskadi.net/drogodep
- Plan Foral de Drogodependencias:
 - (1999). *Memoria 2000*. Departamento de Salud, Subdirección de Salud Mental.
 - (1998). *Memoria 1999*. Departamento de Salud, Subdirección de Salud Mental.
 - (1997). *Memoria 1998*. Departamento de Salud, Subdirección de Salud Mental.

- Sánchez, M. (1994). *Las relaciones de coordinación y cooperación entre administraciones públicas en España*. En Revista del CLAD Reforma y Democracia. No. 1 (Ene). Pp. 1. Caracas.
- Servicio Navarro de Salud (1998), *Memoria 1999 Salud Mental*. Subdirección de Salud Mental.
- Secretaría de Drogodependencias (1999). *IV Plan Trienal sobre Drogodependencias del País Vasco 2000-2002*. Dirección de Drogodependencias del Gobierno Vasco.
- www.mir.es/pnsd
- www.emcdda.org/policy_law/eu/eu_actionplan.shtml
- www.juntaex.es/consejerias/syc/std/prevencion.htm
- www.unad.org/index1.htm